Abílio da Costa-Rosa

Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica

Contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva

Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica

ABÍLIO DA COSTA-ROSA

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALÉM DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

CONTRIBUIÇÕES A UMA CLÍNICA CRÍTICA DOS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NA SAÚDE COLETIVA

editora
unesp

Direitos de publicação reservados à:
Fundação Editora da UNESP (FEU)

Praça da Sé, 108
01001-900 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 3242-7171
Fax: (0xx11) 3242-7172
www.editoraunesp.com.br
www.livraria.unesp.com.br
feu@editora.unesp.br

CIP – BRASIL. Catalogação na publicação
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

C875a

Costa-Rosa, Abílio da

Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva / Abílio da Costa-Rosa. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

Recurso digital, il.
Formato: ePDF
Requisitos do sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN 978-85-393-0481-3 (recurso eletrônico)

1. Saúde Mental. 2. Serviços de Saúde Mental – Avaliação. 3. Psiquiatria social. 4. Política de saúde social. 5. Livros eletrônicos. I. Título.

13-04837 CDD: 362.20981
CDU: 364.622-73-53:005.85(813.1)

Este livro é publicado pelo projeto *Edição de Textos de Docentes e Pós-Graduados da UNESP* – Pró-Reitoria de Pós-Graduação da UNESP (PROPG) / Fundação Editora da UNESP (FEU)

Editora afiliada:

Asociación de Editoriales Universitarias de América Latina y el Caribe

Associação Brasileira de Editoras Universitárias

Sumário

"Os filósofos se limitaram a interpretar o mundo diferentemente, cabe transformá-lo".

K. Marx

"O que é uma práxis? Ação realizada pelo homem que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico."

"A impotência em sustentar uma práxis reduz-se, como é comum na história dos homens, ao exercício de um poder."

J. Lacan

Apresentação

O trabalho ora apresentado partiu da preocupação em avançar no desenvolvimento dos diferentes aspectos do campo da Atenção Psicossocial e seus operadores conceituais. É composto por um conjunto de ensaios extraídos de minha tese de livre-docência, defendida no início de 2011.

Os capítulos, originalmente concebidos em forma de ensaio, obedecem à pretensão de compor um conjunto com certa unidade, mas de tal modo que cada um possa também manter a autonomia de circulação, dados os aspectos específicos do tema tratado.

O argumento central gira em torno da definição do paradigma da Atenção Psicossocial. O termo "psicossocial" que designa o paradigma em princípio expressava apenas aspectos psíquicos e sociais secundários à prática psiquiátrica, porém, a partir do momento em que lhe são acrescentadas as contribuições dos movimentos de crítica mais radical à psiquiatria e a elaboração teórica das práticas dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps), aspira ao estatuto de conceito, definindo um novo campo da práxis.

A Atenção Psicossocial se firma como política pública persistente do Ministério da Saúde para o país, a partir das últimas décadas, delimitando um campo de saberes e práticas atravessado por um ideário ético-político substitutivo ao da psiquiatria hospitalocêntrica e medicocentrada, subordinada ideologicamente, mas ainda dominante nas práticas cotidianas. O fato de a Atenção Psicossocial ter se tornado a política oficial do Ministério da Saúde tem permitido a ampliação progressiva dos recursos financeiros investidos e a consequente ampliação do conjunto de instituições que caracterizam esse modo de conceber e realizar as práticas de Atenção ao sofrimento psíquico e

aos demais impasses subjetivos. Na mesma proporção, aumenta o número dos trabalhadores contratados para as novas instituições e, nessa medida, a necessidade de agregação de tecnologias e saberes correspondentes aos princípios da Atenção Psicossocial.

Este conjunto de ensaios, com as preocupações teóricas, técnicas e éticas que os atravessam, pretende ser uma contribuição para melhorar nossas caixas de ressonância para a receptividade das demandas dos indivíduos que nos procuram nas instituições substitutivas do Manicômio e do Hospital Psiquiátrico. Espero que possam servir como um recurso a mais de que se possa lançar mão para melhor configurar as práticas do Paradigma Psicossocial, e para aumentar suas possibilidades reais de substituírem radicalmente as práticas e as instituições do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador em cada território municipal; e não constitui problema que seja um por um.

Defini como operadores teórico-práticos gerais, com vistas a desenharem um panorama do Modo Psicossocial, os três primeiros capítulos: sobre o "conceito de Modos de Produção", sobre a "instituição como dispositivo de produção de subjetividade", e sobre a "Estratégia Atenção Psicossocial". Contudo, isso não abala em nada suas características de possíveis operadores delimitados. Como operadores de aspectos mais específicos do Paradigma Psicossocial, incluo os cinco capítulos seguintes sobre a interprofissionalidade, a crítica da razão medicalizadora, a psiquiatria psicossocial, o grupo psicoterapêutico, e sobre a ética da Atenção Psicossocial. Alguns dos fundamentos teóricos e éticos subjacentes a esses ensaios passam pelas ideias sociológicas e psicológicas, pelo materialismo histórico de Marx, pela psicanálise do "campo de Freud e Lacan", e pela filosofia de Deleuze.

Seus maiores votos são: o avanço da Estratégia Atenção Psicossocial e a construção de uma Clínica Crítica ampliada dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva.

Introdução geral: reforma, ou além da psiquiatria?

A psiquiatria nasce do emblemático gesto reformador de Pinel, e desde então não cessa de ser reformada.

Todas as reformas de que tem sido objeto se originaram em seu interior e ali permaneceram. Mesmo suas poucas tentativas de transformação radical têm primado por manter intacto seu paradigma original. Entretanto, tais oportunidades têm sido bem aproveitadas pela psiquiatria para se fortalecer através da aliança com outras instituições, e principalmente outras disciplinas, que com ela compartilham e disputam a gestão do mesmo campo de problemas oriundos do conjunto de efeitos da Demanda Social, numa sociedade em que o ônus dos conflitos e contradições macroestruturais é deslocado, privatizado e cada vez mais vivido no plano das individualidades.

Nesse contínuo de reformas, a segunda metade do século XX merece destaque. Para sobreviver e se adaptar às transformações econômicas, científicas e sociais do pós-guerra, a psiquiatria se vê impulsionada a verdadeiras metamorfoses cujas características acabam sendo ditadas pelas exigências de cada Formação Social, nas conjunturas de cada país em que se originam. O teor de contestação desses movimentos vai deixando expresso, de modo ineludível, seu caráter de alteridade à psiquiatria, a ponto de se poder afirmar que a expressão "Reforma Psiquiátrica" se impõe à própria psiquiatria, como uma sombra que a ofusca e nunca mais deixou de acompanhá-la.

O objetivo principal desta Introdução é fornecer um panorama das transformações principais operadas pela psiquiatria no Brasil, a fim de compreender melhor as características da Atenção Psicossocial que a sucede e pretende substituí-la como política pública para o país, a partir das

duas últimas décadas do século XX. É importante situar os acontecimentos brasileiros no panorama mais amplo da Reforma Psiquiátrica, uma vez que é daí que se origina boa parte de seus princípios e diretrizes.

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um movimento mundial de luta por transformações nas práticas de Atenção[1] ao sofrimento psíquico e mental que, a partir da década de 1960, se desdobrou em experiências concretas em diversos países, cuja diversidade se estende desde mudanças cosméticas no Manicômio e sua lógica, até propostas de desospitalização, de desinstitucionalização, e de total extinção dos manicômios. Estas últimas ocorreram de forma localizada, especialmente na Itália.

Mesmo convivendo com o Manicômio e o Hospital Psiquiátrico, uma série de novas instituições foi criada, algumas suplementares, outras substitutivas. Essas, embora localizadas, foram organizadas a partir de princípios teóricos, técnicos e éticos que propõem prescindir radicalmente do Hospital Psiquiátrico, mesmo conservando basicamente o modo de operar da psiquiatria organicista em que ele foi fundado.

Nas reformas mais cosméticas tratou-se de modificar o Manicômio sem questionar o paradigma da psiquiatria, procurando apenas moderar sua aliança histórica mantida com os poderes sociais e políticos instituídos – o conhecido mandato social da Psiquiatria.

No Brasil, as mudanças mais radicais têm proposto a extinção dos manicômios e do seu sucedâneo reformado, o Hospital Psiquiátrico; e sua substituição por enfermarias de curta permanência em hospitais gerais, e por internações curtas em instituições abertas com características diversas, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Esse novo modo de tra-

---

1 Proponho a utilização do termo Atenção com inicial maiúscula para referir o conjunto de ações realizadas no campo da Saúde Mental, geralmente denominadas tratamento, cuidado, promoção e mesmo atenção. Quanto ao sujeito a que se dirigem essas ações, opto por denominá-lo *sujeito do sofrimento*, procurando conservar a ambiguidade criativa do termo sujeito, em lugar dos termos mais comuns: paciente, usuário, portador de sofrimento etc. Por outro lado, é consenso relativamente antigo entre os analistas e críticos do campo da Saúde a grafia com iniciais maiúsculas da locução "Saúde Mental" quando refere justamente esses âmbitos da teoria, das práticas e das políticas; a mesma locução grafada com iniciais minúsculas refere um determinado estado do processo "saúde-adoecimento-Atenção" de um indivíduo ou grupo populacional. Quanto à locução "Saúde Mental" em si, sua aplicação torna-se necessária a partir do período da história brasileira relativamente recente, no qual uma série de outras disciplinas passou a disputar, de direito e de fato, um campo que até então era exclusivo da psiquiatria.

tar procura demonstrar que se pode realizar a Atenção ao sofrimento psíquico, incluindo o mais grave, prescindindo por completo das instituições fechadas e do mandato social da psiquiatria. O que, entretanto, não significa prescindir absolutamente da psiquiatria; o novo contexto exige que ela redefina os novos contornos de suas ações, tal como as demais disciplinas presentes na Atenção Psicossocial, até porque nesse meio tempo a ciência desenvolveu-se intensamente e com ela a gigantesca indústria dos psicofármacos, que imprimiram uma dinâmica absolutamente nova à prática dos psiquiatras.

Os novos dispositivos institucionais substitutivos ao modelo manicomial e hospitalar são pautados por metas técnicas e éticas que têm na base novos modos de exercer a psiquiatria em sua relação com o sofrimento psíquico, com a sociedade e com o "conjunto interprofissional" de trabalhadores que há duas décadas compartilham com ela a mesma função terapêutica e as demais funções sociais (Fleming, 1976, Cooper, 1967; Amarante, 1996).

A Psiquiatria Comunitária: primeira Reforma Psiquiátrica

No Brasil, esses questionamentos e transformações são iniciados ainda na década de 1970 – atravessando os anos difíceis da ditadura militar que tinha tomado de assalto o comando do país e suas instituições democráticas – e se desdobram até a atualidade, com algumas variações importantes nomeadas "Psiquiatria Comunitária", "Reforma Psiquiátrica", "Luta Antimanicomial" e "Atenção Psicossocial". Veremos que a Luta Antimanicomial e a Atenção Psicossocial compreendem conjuntos de ações, saberes e políticas que têm procurado transcender a Reforma Psiquiátrica considerada como reforma estrita da Psiquiatria.

As ações denominadas "Psiquiatria Comunitária" permaneceram desconhecidas da maioria dos trabalhadores da "Reforma Psiquiátrica" – só posteriormente nomeada com esses termos. Um grupo importante de profissionais da Saúde foi absolutamente pioneiro na luta para implantar no país uma reforma importante que pretendia atingir diretamente o Manicômio e sua lógica. Baseada na Psiquiatria Comunitária americana, essa reforma dirigiu-se a todas as instituições de Atenção ao sofrimento psíquico sob a jurisdição do Ministério da Saúde, chegando à implantação de um

manual para redirecionamento de todas as ações no âmbito nacional, inspirado na experiência americana em andamento desde a década de 1960 (Cerqueira, 1984).

Por fatores diversos, sobretudo pelos efeitos da luta entre interesses sociais dominantes e subordinados no campo da Saúde naquele momento histórico, essa primeira reforma da psiquiatria acabou tendo que se refugiar no estado de São Paulo em 1973, onde foi traduzida em dezessete instituições ambulatoriais, os "convênios de 1973", que conjugaram a Secretaria Estadual da Saúde e os "Departamentos de Psiquiatria e Psicologia Médica" de dezessete universidades públicas e privadas. Pelas falas dos profissionais da época, colhidas em encontros e congressos, é possível perceber que essas instituições se autointitulavam a "cabeça de ponte" da luta que, com outra estratégia, reintroduziria no país o modelo comunitário americano nas práticas de Atenção ao sofrimento psíquico. Não há dúvida de que aqueles profissionais minimizavam o poder desmobilizador das forças manicomiais da época, mas as instituições resultantes dos "convênios de 1973" sobreviveram e atravessaram uma década de práticas e pesquisas que as credenciaram para a participação direta no segundo momento das práticas de reforma das práticas psiquiátricas (Costa-Rosa, 1987).

Um segundo período de transformações da Atenção ao sofrimento psíquico coincide com a posse dos primeiros governadores de estado eleitos democraticamente, em 1984, ainda sob a vigência da ditadura militar presente no país. Nessa ocasião, sob o patrocínio das forças de oposição democrática formula-se um projeto amplo de política pública para o setor da "Saúde Mental", a partir do qual são implantadas em São Paulo (e em outros estados do Sul e do Sudeste) as primeiras instituições para confrontar o Manicômio e sua lógica: os "Ambulatórios de Saúde Mental" e as "equipes mínimas de Saúde Mental na Atenção Básica". Instituições pautadas pela mesma Psiquiatria Comunitária americana, e também nas contribuições da Psiquiatria de Setor francesa (Pitta-Hoisel, 1984).

A origem imediata dos "Ambulatórios de Saúde Mental" e das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, particularmente no estado de São Paulo, foram os "convênios de 1973" que, durante uma década de trabalho e pesquisa, geram conhecimentos e a formação dos primeiros trabalhadores e gestores para essas instituições. Durante muitos anos, as ações ambulatoriais de atenção primária e secundária ao sofrimento psíquico foram a única

política pública de confrontação concreta do Manicômio, em São Paulo e nos outros estados da federação em que essa confrontação ocorreu.[2]

Centro de Atenção Psicossocial e Núcleo de Apoio Psicossocial (Caps/Naps): uma nova Reforma Psiquiátrica?

Um dos atos políticos fundamentais do grupo gestor da política dos ambulatórios em São Paulo foi a implantação do Centro de Atenção Psicossocial – Caps Luiz Cerqueira, em 1986 – baseado na experiência revolucionária da Psiquiatria Democrática italiana, chegada ainda pela via indireta das experiências realizadas pelos psiquiatras italianos, naquele momento, na Nicarágua em guerra.[3] Posteriormente esse Caps também incorporou elementos da Psicoterapia Institucional francesa (Goldberg, 1996). Sua contribuição ao período posterior da Reforma Psiquiátrica brasileira será emblemática (Yasui, 1989). Posteriormente, passará a fornecer o modelo da instituição adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde como substitutiva do Hospital Psiquiátrico.

Essas lutas e as experiências concretas do "movimento comunitário" e dos "Ambulatórios de Saúde Mental" tiveram inegável estatuto de política pública. Pois foram resultantes da luta de um grupo importante de profissionais por transformações na Atenção à saúde, no contexto de outras lutas populares por mudanças sociais e políticas no país.

O fato de terem se inspirado na experiência norte-americana lhes rendeu as mesmas críticas que essa já havia recebido tanto no país onde surgiu quanto fora dele. Essa origem, entretanto, é absolutamente compreensível a partir da conjuntura brasileira e latino-americana daquele momento histórico, e não diminui em absolutamente nada sua importância; suficiente para marcar o início da luta e da implantação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Seus legados positivos e negativos, bem como algumas contraposições a

2 Existe uma importante lacuna de informações detalhadas sobre as experiências de outros estados da federação, nesse período histórico. Pesquisas específicas merecem a atenção urgente dos historiadores da Reforma Psiquiátrica brasileira.

3 Informação oral fornecida pela professora Sonia Barros da Faculdade de Enfermagem da USP, em sua participação em uma banca de defesa de livre-docência na Unesp, campus de Assis, em maio de 2011.

eles são notáveis e com eles ainda nos confrontamos atualmente (Devera; Costa-Rosa, 2007; Costa-Rosa; Yasui, 2009).

Um terceiro período de transformações pode ser marcado no final da década de 1980. Já com outro panorama político (fim da ditadura militar), e com a implantação da política da municipalização da Saúde no país, outras transformações começaram a ocorrer em paralelo às atividades dos ambulatórios e Caps. Embora de caráter municipal, algumas dessas ações se tornam importantíssimas por suas práticas e por seus princípios teóricos e éticos; os quais incorporam de modo mais amplo o ideário das reformas psiquiátricas europeias.

Entre as primeiras experiências da Reforma Psiquiátrica municipalizada destacam-se a do município de Santos e a do município de Rio Claro, ambas em São Paulo (Devera; Costa-Rosa, 2007), inequivocamente antimanicomiais e psicossociais. Diretamente influenciadas pela "desinstitucionalização italiana", expressaram-se inicialmente na criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) como substitutivos radicais do Manicômio, que foi efetivamente extinto no município de Santos e substituído por uma rede de Estabelecimentos ambulatoriais (Nicácio, 1994).

Por suas conquistas locais efetivas e por seu efeito-demonstração, essas duas primeiras experiências de Atenção Psicossocial foram fundamentais para a multiplicação dos projetos que punham em exercício a transformação efetiva do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM).[4]

4 Num texto publicado apenas em 2000, uma década depois da primeira versão que circulou mimeografada entre os primeiros trabalhadores das instituições reformadas, propus a criação do conceito de "Modo Psicossocial". O ponto de partida foi a análise paradigmática das mudanças introduzidas pela Reforma Psiquiátrica na Atenção ao sofrimento psíquico, realizadas a partir do final da década de 1980, demonstrando a necessidade da análise e sustentação das práticas levando em consideração quatro parâmetros como fundamentais para sua organização: 1. Concepção do "objeto" e dos "meios" teóricos e técnicos de seu manuseio; 2. Concepção da gestão do Estabelecimento através do qual essas práticas são realizadas; 3. Concepção das relações entre instituição e clientela/população do território e também a relação recíproca; 4. Concepção dos efeitos pretendidos e realizados em termos terapêuticos e em termos éticos. Nesse trabalho, realizei ainda a análise concreta das práticas da Atenção Psicossocial, propondo o conceito de "Paradigma Psicossocial" (PPS), designando sua estrutura e sua ética singulares. Em paralelo, realizei a análise paradigmática das práticas estritamente psiquiátricas, em sua vertente dominante, propondo o conceito de "Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador" (PPHM), que constitui o avesso dialético do Modo Psicossocial. Uma análise paradigmática das práticas e das instituições de Atenção ao sofrimento psíquico, o chamado campo da Saúde Mental, é apresentada nos ensaios um e três, neste livro (Costa-Rosa, 2000).

Essas primeiras experiências municipais serviram de inspiração para uma série de outras que também se orientaram pelos princípios da Reforma Psiquiátrica italiana e mantiveram a designação de Naps, sigla que passou a significar a atitude politicamente decidida de confronto radical do Manicômio e do Hospital Psiquiátrico; ou seja, um modo radicalmente diverso de conceber a rede das práticas da Atenção Psicossocial no território municipal.

Um acesso importante às ideias da Psiquiatria Democrática italiana, da Antipsiquiatria inglesa e da Psicoterapia Institucional francesa ocorreu pela via direta das falas de seus mentores principais: Franco Basaglia e Ronald Laing e Felix Guattari, trazidos ao Brasil para ciclos de palestras, ainda na década de 1980 (Yasui, 1999). Isso havia permitido o avanço da crítica ao modelo comunitário e a colocação da Reforma Psiquiátrica em outras bases teóricas, técnicas e políticas.

Para a melhor compreensão da especificidade dos Núcleos de Atenção Psicossocial é necessário lembrar ainda que, nesse final da década de 1980, já estão em execução as práticas do movimento ético-político que ficou conhecido como Reforma Sanitária no campo da Saúde Pública, inspirado e pautado, por sua vez, por importantes exemplos mundiais de reforma dos modelos de Atenção à saúde, especialmente os modelos italiano e cubano. A Reforma Sanitária pode ser considerada o mais genuíno exemplo de política pública no Brasil das últimas décadas, por sua origem na luta dos trabalhadores e por sua criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a tradução prática dos princípios éticos e técnicos da Reforma Sanitária. Como consequência desses princípios, sobretudo o da descentralização administrativa da assistência, deu-se inicio à municipalização da gestão do setor Saúde. Isso permitiu a diversificação dos projetos municipais no setor.

Em paralelo às práticas municipais, devem ser situadas as ações do Ministério da Saúde para o setor, estrategicamente ocupado por militantes do movimento pela Reforma Sanitária. Uma análise histórica desse período não terá dificuldade em demonstrar que, fora essas exceções municipais importantíssimas – mas sujeitas à intermitência no poder, dos partidos políticos que as implementaram –, as reformas na Atenção ao sofrimento psíquico ficaram inteiramente na esfera das ações do executivo federal; até porque, a maior parte dos recursos financeiros para a transformação era injetada pela federação nos municípios. Mas não apenas os recursos financei-

ros dependiam do ministério, esse passou a expedir uma série de portarias e normas que foram se constituindo em um importante aparato jurídico--político que passou não apenas a facultar, mas a orientar de modo direto a implantação da Atenção Psicossocial nos municípios, agora política oficial do país (Brasil, 2004a).

Isso não impediu a multiplicação dos Naps em diversos municípios pelo país afora, porém é ainda maior a multiplicação dos Caps. Esses acabam representando a expressão concreta da política do ministério, de contraposição ao Manicômio e Hospital Psiquiátrico que, entretanto, mantêm sua existência paralela como estabelecimentos componentes da política de Saúde Mental, mesmo reduzidos em seu número de leitos. É importante mencionar também outro passo decisivo da política oficial do ministério a respeito dos Caps e dos Naps. Em data recente, primeira década do século XXI, essas duas formas de Atenção Psicossocial foram englobadas sob a denominação Caps. Esse é elevado à categoria de dispositivo estratégico da política federal para superação do Hospital Psiquiátrico; porem não mais pela via de sua extinção radical e substituição por uma rede inteiramente ambulatorial, conforme determinado pela inspiração da Reforma Psiquiátrica italiana, pela qual se pautou o Naps. De certa forma a situação se arranja ao modo temerário da forma da contradição "um, mas não sem o outro".

A locução "Reforma Psiquiátrica" foi proposta pelo historiador da Reforma Psiquiátrica Paulo Amarante para nomear o conjunto das reformas da psiquiatria que se iniciam no Brasil, a partir do período entre 1978 e 1980 com a chamada "crise da Dinsam" (Amarante 1995);[5] só posteriormente passa a ser usada como designação geral das lutas e transformações das práticas psiquiátricas no Brasil, no pós-guerra.

---

5 Amarante (1995), parafraseando a Reforma Sanitária, cujo marco foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, registrou a primeira história oficial da Reforma Psiquiátrica brasileira nomeada como tal, marcando seu início no final da década de 1980, e designando quatro âmbitos nos quais as práticas psiquiátricas teriam avançado: teórico-conceitual, tecnoassistencial, jurídico-político e sociocultural. Compreende-se perfeitamente o ato estratégico de Amarante ao nomear o movimento explicitamente com os termos "Reforma Psiquiátrica", aproveitando o prestígio da Reforma Sanitária, mas é preciso cuidado para não fazer pensar que esse é o primeiro movimento de Reforma Psiquiátrica no país. Também merece ser discutida a sua decisão de localizar geograficamente a inflexão considerada por ele como fundamental para o seu início.

A Atenção Psicossocial: além da Reforma Psiquiátrica

As contribuições dos primeiros Naps e Caps ao movimento de reforma da psiquiatria são paradigmáticas e produzem nele uma direção inteiramente nova. Elas podem ser consideradas um marco fundamental da construção do ideário e das práticas da Atenção Psicossocial. Esses termos inspirados da nomeação dos Caps e Naps passam a referir uma importante vertente da reforma, que vai se projetando para além da psiquiatria reformada (Devera; Costa-Rosa, 2007; Costa-Rosa et al. 2003).

Não é o momento para análise da presença de participantes da Reforma Sanitária no Ministério da Saúde – situação que perdura até a atualidade – e nem das importantes conquistas obtidas por essa via, ou de suas eventuais limitações; o que apenas uma complexa análise dos jogos de poder-contrapoder na luta pela hegemonia de interesses e valores sociais no setor da "Saúde Mental" será capaz de apreender. O fato é que em dado momento da década de 1980 as ações gerais sob a coordenação do ministério passam a ser alvo de críticas e ações de um conjunto importante dos trabalhadores e militantes, insatisfeitos com os rumos da Reforma Psiquiátrica. Criticam, sobretudo, a perda das bases populares do movimento em âmbito federal e questionam o alcance possível de um movimento que dependa exclusivamente das ações provenientes do Executivo.[6] Explicitando suas divergências, esse grupo funda o Movimento da Luta Antimanicomial e cria o lema "Por uma sociedade sem manicômios", bandeiras de luta que tingem a Reforma Psiquiátrica de cores novas absolutamente radicais. Além das

6 As críticas tinham um endereço certo: um grupo dos trabalhadores e militantes que, aproveitando as brechas abertas no processo de hegemonia do setor Saúde, naquele momento histórico, assume como estratégia válida para o avanço das transformações, a ocupação de cargos de gestão dentro da máquina do Estado. Convém notar que, a partir desse momento, a luta pelas transformações no campo da Saúde Mental fica dividida em dois bastidores: a luta a partir das ações do Executivo e lutas "populares". Os avanços que se seguem em cada um desses bastidores, bem como os momentos de estase, só podem ser claramente compreendidos se analisados a partir do conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia elaborado por Gramsci, que é capaz de esclarecer que todas as ações de implantação de uma nova configuração hegemônica têm necessariamente que se confrontar com as forças contra-hegemônicas dos interesses e valores instituídos. Ainda está por fazer uma análise capaz de lançar luz sobre os efeitos, em termos de avanço e estase, dessa divisão do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental; e de qual é o estado que ela assume no início da segunda década do terceiro milênio em que nos encontramos.

ações vindas do executivo do ministério, acrescentam-se ao movimento pela transformação do campo da Saúde Mental novos elementos de base popular para avanço nas dimensões política, cultural, jurídica e ética (Luzio; L'Abbate, 2009). O destaque deve ser dado ao processo que culminou com o envio ao congresso nacional do projeto de lei de extinção dos manicômios, conhecido pelo nome de seu executor imediato, o deputado federal Paulo Delgado. Esse projeto faz um longo e demorado percurso, no qual recebe várias emendas, naturalmente vindas dos representantes dos setores que se sentiam "lesados" em termos de interesses econômicos e valores sociais e culturais. Esse percurso de emendas acaba na aprovação de um projeto substitutivo do projeto original, do qual é suprimido o termo extinção referido a Manicômio e Hospital Psiquiátrico; mas em troca são mantidas importantes modificações na legislação para o campo da "Saúde Mental", consideradas em geral como grande avanço em relação à legislação anteriormente vigente. Essas mudanças jurídicas e o novo clima cultural e político que elas facultaram criaram novas condições para a viabilização de importantes modificações nas práticas direcionadas à concretização da Atenção Psicossocial.

Considerando o conjunto de transformações sociais nomeadas a seguir, parece inegável que se pode considerar a configuração inequívoca de um novo período da Reforma Psiquiátrica no país. Esse período tem uma especificidade que é traduzida nos termos, já consagrados, "Atenção Psicossocial", como conjunto de saberes e práticas organizados, de forma persistente e consistente, por um discurso ético-político.

Podemos situar como suas contribuições maiores: as críticas ao rumo das ações da reforma realizada e a criação do Movimento da Luta Antimanicomial como suas conquistas; o envio ao congresso do projeto de lei propondo a extinção dos manicômios e sua aprovação, ainda que com importantes cortes, permitindo modificações importantes na lei vigente sobre "Saúde Mental"; a criação dos Naps e a posterior multiplicação dos Caps – instituições, cujas práticas têm permitido o exercício efetivo de novos modos de Atenção ao sofrimento psíquico, ampliando as críticas ao Hospital Psiquiátrico e sua tecnologia; finalmente, as importantes decisões políticas do Ministério da Saúde, criando um conjunto de instituições substitutivas como as "Residências Terapêuticas", os projetos de viabilização das cooperativas de geração de renda, os Núcleos de Apoio Matricial na Atenção

Básica – novas brechas abertas na estrutura das práticas do PPHM pela via jurídica, constituindo-se em novas oportunidades para a construção de estratégias de ocupação, pelas forças instituintes.

Eu e os colegas do "Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva" da Unesp, campus de Assis – aproveitando a fundamentação teórica e a análise paradigmática do campo da Saúde Mental feita por Costa-Rosa (2000) – apresentamos uma primeira definição da Atenção Psicossocial como um campo que visa superar dialeticamente o paradigma presente nas práticas e discursos da Reforma Psiquiátrica, procurando distingui-la da "Reabilitação Psicossocial" – um importante dispositivo da Psiquiatria Reformada. Nesse texto, de 2003, trabalhamos para fundamentar a hipótese de que está em pleno movimento um conjunto de práticas, saberes e discursos, que configuram inequivocamente uma quarta inflexão radical no movimento de transformação do campo da Atenção ao sofrimento psíquico. A Atenção Psicossocial se caracteriza por um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação paradigmática da psiquiatria asilar (Costa-Rosa et al., 2003).

Em trabalhos posteriores desse grupo de pesquisa continuamos o desenvolvimento e divulgação de outros aspectos do campo da Atenção Psicossocial, como o aspecto da transição paradigmática das psiquiatrias reformadas em direção à Atenção Psicossocial e a proposição da Estratégia Atenção Psicossocial (Mondoni; Costa-Rosa, 2010; Costa-Rosa; Yasui, 2009).

Particularmente, em diversas pesquisas, venho dando destaque à análise das possibilidades e características da Clínica Ampliada. Dentro dessa clínica pesquisamos e aplicamos as possibilidades de uma psicoterapia capaz de se apresentar como oferta efetiva de possibilidades transferenciais ante as demandas de sofrimento psíquico dirigidas ao campo da Saúde Coletiva – uma psicoterapia na qual a psicanálise do campo de Freud e Lacan é aplicada (Costa-Rosa, 2005).

O conjunto de ensaios apresentados neste trabalho procura responder a uma dupla exigência: avançar na definição dos princípios teórico-técnicos e ético-políticos da Atenção Psicossocial e contribuir para a operacionalização efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS), como política pública.

Ao situar o conjunto das reflexões apresentadas a seguir, numa quarta inflexão, considerada "Além da Reforma Psiquiátrica", não pretendo minimizar a importância de todas as reformas das práticas psiquiátricas, muito

menos aquela correspondente à fase absolutamente vigente na atualidade, nomeada genericamente Reforma Psiquiátrica e Psiquiatria Reformada. Compreendo perfeitamente a importância da estratificação das lutas em diferentes gradientes e instâncias: de políticas, de saberes e de práticas. A minha preocupação maior no momento é, portanto, com a clareza da análise apresentada e com suas possíveis contribuições para o avanço das práticas da Atenção Psicossocial em todo o país.

1
Modos de Produção das instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra

Pretende-se analisar os efeitos dos Modos de Produção dos dispositivos institucionais do campo da Atenção ao sofrimento psíquico. Esses efeitos são imediatamente transcritos por nós como diferentes modalidades de subjetivação. Proponho o termo "saudessubjetividade"[1] para definir a consistência particular da "saúde psíquica". Em razão da consistência singular dessa saúde, não será possível dissociar sua produção da própria produção da subjetividade em que ela necessariamente se expressa.

Seguirei simultaneamente alguns pontos da articulação de Marx (1975) no texto *Formações econômicas pré-capitalistas* com a hipótese de leitura de que um dos temas fundamentais desse texto permite uma articulação entre Modos de Produção social da vida material e os modos da subjetivação. Meu desejo é que a retomada quase exaustiva das ideias desse texto precioso consiga convidar o leitor a refazer o caminho.

Meu ponto de partida é a circunstância comum na sociedade atual: demanda e oferta de terapêuticas para o sofrimento psíquico, a partir de instituições constituídas para esse fim. De imediato é possível constatar que o modo dominante dessa oferta pretende fazer passar uma concepção de saúde como remoção da doença pela via da Atenção. É inegável, por ou-

1 Esse significante condensa saúde e subjetividade e, ao redobrar a letra s, pluraliza as possibilidades da saúde, sempre relativa. No campo psíquico ele é sinônimo de subjetividadessaúde, em que o mesmo redobramento da letra s pluraliza as diversidades subjetivas, indicando também que a subjetivação e a subjetividade, como a saúde, estão sempre em movimento. Propomos que o termo saudessubjetividade indique ainda que, no âmbito da saúde psíquica, subjetividade e saúde são absolutamente homólogas.

tro lado, que essa relação de produção da Atenção pode ser definida como um processo de produção nos moldes da produção social comum. Nesse caso, será pertinente interrogar a modalidade e os efeitos dessa produção, tanto em termos do tipo de "saúde" reposta pela via da Atenção quanto em termos dos desdobramentos éticos desses efeitos. Dito de outro modo, considerando o âmbito do sofrimento psíquico, é necessário interrogar para quais resultados concorrem os efeitos das práticas de Atenção, em termos de produção das modalidades de subjetivação e saudessubjetividade.

Ora, é fato que diferentes modalidades de produção de subjetividade implicam diferentes modalidades de saúde psíquica. Desde já enunciamos dois modos contraditórios: reposição dos indivíduos nos processos de produção saúde-adoecimento, o que em termos do Modo de Produção atualmente dominante significa repor o indivíduo na reprodução do capital ou no consumo, efeitos homólogos; e reposicionamento dos indivíduos nos conflitos e contradições de que vieram se queixar.

Para compreender a instituição de Saúde Mental (SM) como dispositivo de produção de subjetividade convém examinar os conceitos de "processo de produção" e "Modo de Produção", e a distinção entre o Modo de Produção capitalista e modos pré-capitalistas (Marx, 1975). Essa análise ajudará a fundamentar a hipótese de que é possível estabelecer uma clara homologia entre os modos do processo da produção geral e os modos do processo de produção no campo da Atenção ao sofrimento psíquico, tal como esses se expressam, atualmente, no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e no Paradigma Psicossocial (PPS); modos de produzir no campo da Saúde Mental, que definiremos a seguir.

O que é um Modo de Produção?

Inicialmente devemos partir de algumas ideias clássicas no campo da análise política de instituições. Tomamos o conceito de Modo de Produção (MP) como o modo do conjunto das formas de produzir bens materiais diversos, como modo de ser de um processo produtivo; mas também como conceito teórico que abrange a totalidade social, ou seja, tanto a estrutura econômica quanto todos os outros níveis da Formação Social: o jurídico-político, o ideológico, o cultural (Fioravante, 1978), e o subjetivo.

"Chamaremos *produção* em geral ou *prática econômica* a todo o processo de transformação de um elemento determinado – natural ou já previamente trabalhado – em um produto específico: transformação que se efetua mediante uma atividade humana própria, utilizando instrumentos específicos ou ferramentas de trabalho" (ibidem, p.35). É exatamente nesse sentido que utilizamos o conceito de Modo de Produção para pensar os modos de subjetivação nas instituições de Saúde Mental.

Os elementos que combinados compõem o processo de produção são os seguintes: (1) "O objeto que será transformado", no caso das instituições de SM esse "objeto" é composto pelas vicissitudes e impasses dos processos de subjetivação decorrentes e desencadeados por fatores diversos; (2) "Os *instrumentos* utilizados na transformação do objeto". Marx fala em meios de trabalho em sentido estrito, instrumentos produzidos pelo próprio trabalho como a plaina do carpinteiro, por exemplo. E meios de trabalho em sentido amplo, como a fábrica. Merhy (2002) falará em tecnologias leves e duras. No caso da Saúde Mental (SM) devemos contar também entre os meios de trabalho, além das tecnologias leves, a própria subjetividade dos trabalhadores, subjetividade sempre indissociável do corpo subjetivado. "*O objeto mais os meios de trabalho* constituem os meios de produção"; (3) "A *atividade humana* desenvolvida no processo de produção. Marx chama esta energia humana gasta na produção *força de trabalho.* No caso específico do trabalho em SM a energia gasta, embora indissociável dos instrumentos de trabalho, deve ser distinguida deles"; (4) "O *produto* é o resultado final do processo de produção [...] é um valor de uso, pois responde a necessidades humanas determinadas" (Fioravante, 1978, p.35-6). Deve-se considerar, em contrapartida, que nem todo valor de uso é um produto, pois elementos como o ar, a água não são resultados do trabalho e respondem a necessidades humanas. No caso da subjetividade e do campo da "saúde psíquica" pode-se dizer que um certo estado da saúde – dado como resultado do processo social de produção saúde-adoecimento, correlato dos processos sociais de produção da vida cotidiana – é o equivalente do ar e da água; os "produtos" propriamente ditos serão necessariamente resultantes da produção da Atenção. Na realidade aplicamos esse referencial marxiano de análise dos Modos de Produção somente à produção da saúde via Atenção, porém com a condição de conceber esta última inserida num processo social complexo que deve incluir a produção saúde-adoecimento-Atenção. Antes de entrar

na caracterização do modo capitalista e dos Modos de Produção que o antecederam, convém analisar algumas afirmações bastante sugestivas de Marx sobre a relação da produção da vida material com a subjetivação.

A relação entre Modos de Produção e modos de subjetivação

Neste ponto será suficiente pôr em evidência alguns paralelos feitos por Marx entre as formas da produção da vida material e as formas da subjetividade simultaneamente realizadas. Não é difícil demonstrar que a tese fundamental de Marx aparece desdobrada posteriormente em ideias importantes, sobre a subjetividade; ideias que será útil sublinhar para nossos fins neste ensaio sobre o modo dos processos de subjetivação em sua relação com o campo da Saúde.

A definição da forma pré-capitalista da propriedade deixa ressoar por si mesma, nítida, a relação entre existência objetiva, realidade objetiva e a realidade subjetiva.

> A propriedade – ou seja, a relação do indivíduo com as condições naturais de trabalho e reprodução, a natureza inorgânica que ele descobre e faz sua, o corpo objetivo de sua subjetividade – aparece como cessão (Ablassen) da unidade global ao indivíduo, através da mediação exercida pela comunidade particular. (Marx, 1975, p.67)

> Essas *condições naturais de existência*, com as quais ele se relaciona como um corpo inorgânico, têm caráter duplo: elas são subjetivas e objetivas. (ibidem, p.83)

> Propriedade [...] originariamente significa uma relação do sujeito atuante (produtor) (ou um sujeito que reproduz a si mesmo) com as condições de sua produção ou reprodução como suas, próprias. (ibidem, p.90)

No começo, o relacionamento do trabalhador com as condições objetivas de seu trabalho era de propriedade, essa se constituía aí numa unidade natural do trabalho com os seus pré-requisitos materiais. Marx fala em propriedade, definida literalmente como relação do indivíduo com as condições de trabalho e reprodução, "corpo objetivo de sua subjetividade". Também encontramos claramente enunciada nesse manuscrito a tese de

que o indivíduo produz-se ao produzir e reproduzir as condições materiais de sua existência.

> Quando o ato de produção, em si, muda, não apenas as condições objetivas [...] mas os produtores mudam com ele, pela emergência de novas qualidades, transformando-se e desenvolvendo-se na produção, adquirindo novas forças, novas concepções, novos modos de relacionamento mútuo, novas necessidades, novas maneiras de falar. (ibidem, p.88)

Essa ideia tem sido expressamente retomada pelo campo lacaniano no trabalho com sujeitos da psicose, em que se trata de reconstruir a realidade psíquica desmoronada. Outros desdobramentos podem ser realizados para a compreensão do trabalho nas instituições de Saúde Mental: se ao "fazer", o indivíduo faz a si mesmo, também deve ser imediatamente notada a homologia necessária entre esses modos do fazer. Ou seja, está simultaneamente afirmada, sem meias palavras, uma relação direta entre os modos da produção social ampla e os modos de subjetivação, as formas da relação dos indivíduos com o trabalho, lastreadas pelos laços de comunidade, são o próprio corpo objetivo da subjetividade. Portanto, podemos considerar que a imanência do trabalho com os demais meios e condições da produção, o que define para Marx o trabalho vivo, está diretamente relacionada a um modo particular dos processos de subjetivação. Essa relação de imanência permitia ao trabalhador, como ente humano, ter existência objetiva independente do trabalho, e ao mesmo tempo possibilitava que ele se relacionasse consigo mesmo como senhor das condições de sua realidade. Realidade que deve ser lida, aqui, em termos freudianos, como *Wirklichkeit* – o que Freud chama de realidade da castração – ou seja, a realidade que interpela diretamente o sujeito, obrigando-o a dar "respostas" de elaboração psíquica, respostas de sentido. Parece possível afirmar que a existência objetiva, a realidade objetiva e a realidade subjetiva estão intimamente conectadas. Nesse caso, pode-se dizer que a realidade da "unidade natural do trabalho com seus pressupostos materiais" apresenta-se palatável, ou seja, assimilável (no sentido do juízo freudiano da atribuição), contribuindo para certa sintonia entre os processos de produção da vida material e subjetiva.

Marx (1975, p.77) observa que os Modos de Produção pré-capitalistas se apresentam sempre como modos cooperados, nos quais:

> o objetivo econômico é a produção de valores de uso, a reprodução dos indivíduos em determinadas relações com sua comunidade [...]. O indivíduo simplesmente considera as condições objetivas do trabalho como próprias – natureza inorgânica de sua subjetividade, que se realiza através delas.

Ou seja, inicialmente, tanto a troca quanto a própria produção visam, sobretudo, o uso como usufruto coletivo. Dito de outro modo:

> quando despida de sua estreita forma burguesa, o que é a riqueza, senão a totalidade das necessidades, capacidades, prazeres, potencialidades produtoras etc., dos indivíduos, adquirida no intercâmbio universal? O que é, senão o pleno desenvolvimento do controle humano sobre as forças naturais – tanto as suas próprias, quanto as da chamada "natureza"? O que é senão a plena elaboração de suas faculdades criadoras, sem outros pressupostos salvo a evolução histórica precedente que faz da totalidade desta evolução – isto é, a evolução de todos os poderes humanos em si, não medidos por qualquer padrão *previamente estabelecido* – um fim em si mesmo? O que é a riqueza, senão uma situação em que o homem não se reproduz a si mesmo numa forma determinada, limitada, mas sim em sua totalidade, se desvencilhando do passado e se integrando ao movimento absoluto do tornar-se? (ibidem, p.80-1)

Nota-se claramente, mais uma vez, como a articulação de Marx tangencia a subjetividade de modo explícito e direto. Expressa de modo literal o processo do desenvolvimento complexo do homem, sobretudo dos processos de subjetivação. Essa tese essencial sobre o "movimento absoluto do tornar-se" do homem será desdobrada em Heidegger e Lacan.

Esse movimento do tornar-se está no cerne da definição dada por Marx da riqueza como *carecimento*:

> A diferença entre a demanda efetiva baseada no dinheiro e a demanda sem efeito, baseada em meu carecimento, minha paixão, meu desejo etc., é a diferença entre o *ser* e o *pensar*, entre a pura representação *que* existe em mim e a representação tal como é para mim enquanto *objeto efetivo* fora de mim. (Marx, 1978, p.31)

Essa riqueza deve, portanto, ser pensada necessariamente para além da ética da Formação Social capitalista, que é definida por Lacan (1988) como

ética do "a serviço dos bens". Ao situar a riqueza no contexto dos processos de subjetivação, o campo da psicanálise lacaniana (inter)põe a ética do "bem dizer", que consiste em "dizer" o único bem que realmente interessa ao homem como tal, nesse processo incessante do tornar-se – "curar-se" para Heidegger, 2006 – em que consiste o desejo, que na redefinição conceitual de Lacan é perfeitamente homólogo ao carecimento em Marx. A ética do "bem dizer" como implicação desejante, marcando a posição do sujeito nos conflitos e contradições que o atravessam, corresponde à ética que convém ao Paradigma Psicossocial.[2] Em Jacques Lacan esse movimento desejante do tornar-se se expressa como a produção de sentido, tanto a partir dos significantes mestres que compõem o recalcado da história de cada um quanto como efeito da produção de novos significantes que cifram, significantizam, o gozo angustioso que até então só encontrava o caminho do "mais-gozar", correlato da mais-valia, como essa, perdido na dissipação; e cujo destino todos sabemos qual é no Modo Capitalista de Produção. Na concepção do sujeito como "entre" significantes (S1 – $ – S2), os significantes mestres (S1) são os sentidos singulares, decididos, da representação do sujeito, construídos para além dos significantes mestres do campo social, ou seja, da alienação ideológica e imaginária. Nessa medida, a implicação desejante como "movimento absoluto do tornar-se" pode chegar mesmo a colonizar pedaços da pulsão até então inacessíveis; desse modo pode ampliar-se o carecimento.

Vale a pena insistir na análise do conceito de carecimento a fim de pôr em evidência um desdobramento importante sobre a constituição da realidade psíquica, um dos sentidos importantes que atribuímos à locução "processos de subjetivação". Na definição da riqueza dada por Marx o carecimento aparece como devir. Em sua relação com o desejo, expressa a possibilidade de usufruto coletivo dos bens produzidos no mais alto grau de desenvolvimento social das forças produtivas da coletividade. Expressa também a necessidade especificamente humana como passível de ser sempre modulada de acordo com as formas de desenvolvimento dessas forças produtivas, ou seja, de acordo com os ideais socioculturais da co-

2 Ver também o ensaio 8 "Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise", neste livro.

letividade; necessidade, portanto, sempre aberta ao devir. O conceito de desejo permite pôr em destaque a definição da subjetividade como inserção necessária do sujeito no campo do sentido. Devir-sentido. Essa inserção é consequência da circunstância de que ele precisa construir ativamente sua entrada no campo humano, o que só pode ser feito através da mediação da linguagem compreendida como campo simbólico, e no convívio com seus semelhantes. Lacan (1999) fala em termos de constituição do sujeito como atravessamento da floresta do significante pela mão do semelhante. Disso decorre que o sujeito só se defina, incluindo como corpo, em uma relação com o sentido que é capaz de conferir às diferentes injunções da realidade cotidiana (incluída na *Wirklichkeit*) e à sua relação com ela. Um operador essencial dessa produção de sentido para a existência é a posição do sujeito em relação aos ideais socioculturais, que funcionam como horizonte organizador, como uma modalidade do objeto-causa (uma forma de expressão da mediação do simbólico, acima referida). A configuração dos ideais socioculturais estará, por sua vez, numa relação direta com os modos de configuração da Formação Social, sobretudo com as modalidades dominantes dos seus processos de produção.

Nessa primeira aproximação ao conceito de subjetividade estamos, portanto, bem além de uma concepção do desejo, ou do próprio psiquismo, como pura interioridade psicológica.

Este tópico das nossas considerações não estaria composto sem a referência ao Modo de Produção antípoda dos modos cooperados, sobretudo se nos voltarmos para sua forma avançada, definida como "sociedade de consumo". Basta notar algumas afirmações de Marx nessa direção.

> A antiga concepção segundo a qual o homem sempre aparece [...] como o objetivo da produção parece muito mais elevada do que a do mundo moderno, na qual a produção é o objetivo do homem, e a riqueza, o objetivo da produção. [...] Na economia política burguesa [...] este completo desenvolvimento das potencialidades humanas aparece como uma total alienação [...] como sacrifício em si mesmo em proveito de forças que lhe são estranhas. Por isto, de certo modo, o mundo aparentemente infantil dos antigos mostra-se superior. [...] O mundo dos antigos proporcionava satisfação limitada, enquanto o mundo moderno deixa-nos insatisfeitos, ou, quando se parece satisfeito consigo mesmo, é vulgar e mesquinho. (Marx, 1975, p.80-1)

Sagacidade da análise de Marx ao contrapor uma sociedade do carecimento à da carência (consumo), e, em última instância, contrapor a ética do "a serviço dos bens" à ética do desejo (esta inclui os bens, mas exige um posicionamento, mais que utilitarista, além deles).

Dois modos básicos na produção da vida material

Apesar da aparente distância entre o campo da produção comum e o campo da Atenção ao sofrimento psíquico, veremos que a análise do MCP pode ser de grande utilidade para se compreender o processo de produção no campo da Saúde.

Segundo o texto *Formações econômicas pré-capitalistas* (Marx, 1975), pode-se caracterizar perfeitamente a forma de produção das sociedades capitalistas desenvolvidas. Forma ali designada como Modo Capitalista de Produção (MCP). Ao mesmo tempo que é possível diferenciá-la das formas que a antecederam.

Marx fala em Modos de Produção asiático, antigo, feudal e burguês moderno. Caracteriza o paradigma da produção e distingue duas formas básicas: as pré-capitalistas, e a capitalista, em relação antagônica.

Especifica um ponto que é essencial para nossa análise: no começo, o relacionamento do trabalhador com as condições objetivas de seu trabalho era de propriedade, essa constituía aí uma unidade natural do trabalho com os seus pré-requisitos materiais. Como vimos antes, existe uma relação homóloga entre o modo dos processos de trabalho em geral e os modos dos processos de constituição da subjetividade.

Os modos pré-capitalistas conservam a imanência do trabalho e dos outros meios da produção e a relação direta desses com a criação da subjetividade concebida como transformação de si em um movimento de absoluto devir. Essa relação específica entre o processo de produção da vida material e sua repercussão na subjetividade merece ser destacada desta vez a propósito das transformações que necessitam ser impressas pelos trabalhadores da Saúde na sua relação com os processos de trabalho específicos desse campo para recolocar a possibilidade de exercício do paradigma da Atenção Psicossocial.

Essa propriedade, nos Modos de Produção pré-capitalistas, aparece como cessão da comunidade ao indivíduo. Uma comunidade supõe, por-

tanto, a propriedade das condições do trabalho, e só como pertencente a ela é que o indivíduo pode ser considerado um "possuidor" (Marx, 1975, p.67). Tal relação de imanência entre o trabalhador e os meios de trabalho não pode ser adequadamente descrita pelo termo "proprietário", "o trabalho pessoal tem de estabelecer, continuamente, tais condições como condições reais e elementos objetivos da personalidade do indivíduo, de seu trabalho pessoal" (ibidem, p.71). Como se pode ver, o trabalho cooperado supõe a ética da comunidade, que supõe a produção de "valores de uso" para o carecimento. Temos aqui preciosos elementos de análise que nos ajudam a pensar a modalidade necessária do processo da produção da Atenção em Saúde, e mais especificamente, a produção no campo da Atenção ao sofrimento psíquico na modalidade exigida pela ética da Atenção Psicossocial. Veremos que a ética da implicação subjetiva, do indivíduo que se queixa, nos conflitos e contradições que o atravessam e nos quais é atravessador – e a sua implicação como sujeito na produção de sentido para os sintomas e demais impasses psíquicos – exigirá do trabalhador da instituição idêntica implicação subjetiva traduzida, antes de tudo, na própria relação de trabalho, isto é, no seu posicionamento no processo de produção de que se trata.

Uma questão crucial nesse ponto é, portanto, como conseguir essa implicação subjetiva, uma vez que isso significa reverter a relação de propriedade que está na base da relação do trabalhador da instituição de Saúde Mental com seu trabalho como trabalho situado no Modo Capitalista de Produção. Em outros termos, como driblar as condições objetivas que estão na base do Modo de Produção do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) ainda dominante no campo da Atenção ao sofrimento psíquico. Nossa hipótese, formulada há longo tempo, é que sem esse drible não será possível virar pelo avesso os atuais laços sociais verticais, nas diferentes relações dos trabalhadores com os sujeitos do sofrimento, que não são capazes de produzir "saúde" sem a produção simultânea da subjetividade serializada. Essa, do ponto de vista da ética da Atenção Psicossocial, deve ser considerada um grave efeito iatrogênico.

O drible do Modo Capitalista de Produção que atravessa atualmente os processos de produção da Atenção ao sofrimento psíquico – requisito mínimo necessário para a superação do paradigma psiquiátrico – precisa, portanto, ser pessoalmente produzido (reproduzido) no cotidiano institucional (relações intrainstitucionais), mas, sobretudo, ele deve ser uma condição

objetiva do posicionamento subjetivo do trabalhador. Ou seja, é necessário que esse recrie a modalidade da relação com o trabalho que já foi perdida no MCP, e no PPHM que lhe é correlato. Retorno ao modo cooperado no modo da organização intrainstitucional, mas é necessário compreender que esse drible deve ser produzido coletivamente por cada trabalhador em cada coletivo de produção de saúde, e (re)produzido no cotidiano institucional; essa retomada dos modos cooperados da organização institucional é uma consequência da ética da Atenção Psicossocial, portanto, é causada por ela. Entretanto, depois de conquistada, ela aparece como condição lógica necessária de toda a atividade. Trata-se de uma exigência singular a esses trabalhadores, uma vez que devem ser capazes de uma atitude que dissocia um modo de funcionamento do dispositivo institucional de produção de Atenção em Saúde, do funcionamento das demais instituições sociais, organizadas segundo a lógica do MCP. As lutas pela Reforma Sanitária e pela participação democrática têm colocado esse objetivo no cerne das próprias diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que preveem a participação da população no planejamento, gestão e controle do setor Saúde, bem como a formação dos conselhos de cogestão das unidades (de produção) de saúde. Neutraliza-se também a abstração do "simples trabalhador livre" (Marx, 1975, p.78) que ainda parasita as aspirações, e se expressa como ideal do "profissional liberal".

A construção de um funcionamento cooperado para as instituições de Saúde Mental só pode ser sustentada a partir da compreensão de que é uma exigência ética irredutível colocada a partir dos efeitos esperados para os processos de produção. Mais uma vez o texto de Marx (1975, p.78) auxilia: "deve-se também pressupor que o indivíduo pertença subjetivamente a uma comunidade que serve de mediação de sua relação com as condições objetivas de seu trabalho". Fica claro, portanto, que a organização institucional e dos processos de trabalho, sob o modo cooperado, estão muito longe de um "arranjo" à queima-roupa, conseguido por imposições unilaterais.

Convém esclarecer que se falamos muito da posição do trabalhador, isso se deve a sua precedência lógica. Ou seja, constata-se que as relações dos trabalhadores entre si são inevitavelmente transladadas para as relações desses trabalhadores com os indivíduos que recorrem à instituição. Mas é necessário insistir na tese de que a consolidação dos modos cooperados nunca pode ser conseguida sem a participação direta da própria população,

organizadamente, também na forma da gestão institucional; nisso também o capítulo sobre Saúde da legislação atual do país favorece o Paradigma Psicossocial. Também é fato incontestável que no processo de produção em questão, a posição subjetiva dos trabalhadores é componente fundamental, uma vez que seu psiquismo, isto é, sua realidade psíquica (*Realität*), incluindo o corpo no sentido psicanalítico, como corpo simbolizado, é parte fundamental de seu instrumental de trabalho.

Em todas essas considerações deve ser enfaticamente esclarecido, que não se trata de nostalgia, e muito menos de qualquer fantasia de anulação do MCP no sentido da lógica aristotélica. Nossa tática deve ser considerada do lado da dialética e da ação micropolítica.

Inflexão nos Modos de Produção

Historicamente produzem-se transformações radicais no Modo de Produção cooperado, a ponto de Marx propor que a sua forma final, após tais transformações, torna-se antagônica à forma inicial. Comecemos por caracterizar esse Modo de Produção que Marx chama capitalista ou burguês moderno, o Modo Capitalista de Produção (MCP).

Pela comparação com o modo que antecede o MCP, podemos ver que há uma separação entre a força de trabalho e os demais meios de produção (matérias-primas, maquinaria e outros insumos, e o próprio capital – a forma assumida historicamente pelo excedente da produção). Trabalho e condições objetivas de trabalho aparecem agora como pertencentes a diferentes proprietários. Em resumo, o trabalhador ainda é o dono da força de trabalho, mas já não é proprietário dos outros meios de produção – alteração da comunidade e, portanto, das condições objetivas da subjetividade.

Essa separação marca de forma drástica a natureza do Modo de Produção e dos processos de subjetivação, e vai alterar as próprias condições do trabalho. Neste momento de nossa análise interessa pôr em destaque os efeitos da separação entre trabalho e demais meios de produção, pelos reflexos que isso terá no processo de produção da Atenção.

Depois dessa separação entre trabalhadores e os demais meios da produção, essa só poderá ocorrer se os dois se combinarem através de um intermediário. Ora, esse poder de junção, agora, é só o capital que o possui; entretanto, ele não opera sem cobrar seu tributo: apropriação do produto, através

do "sobretrabalho" (é que o trabalho humano é o único entre os meios da produção que tem a potência de criar valor, também cria valor para além de suas necessidades de produção e reprodução como trabalho; essa diferença constitui a "mais-valia", da qual se apropria o capital; por isso ela aparece como expropriação do trabalho pelo capital).

> O que tem de ser explicado é a separação entre essas condições inorgânicas da existência humana e a existência ativa, uma separação somente completada, plenamente, na relação entre trabalho assalariado e o capital. (Marx, 1975, p.82)

A cooperação e a divisão social do trabalho se organizam em prol de uma forma de produção que, essencialmente, já não visa a produção de valores de uso para o carecimento. Ao contrário é a outra dimensão dos produtos elucidada por Marx (s. d.): o valor de troca, que faz a sua razão de ser. No MCP já não é o consumo em si que é a razão de ser da produção (intercâmbio universal das necessidades, dos prazeres e dos efeitos do próprio desenvolvimento das forças produtivas), mas a troca; pois é através dela que se drena para as mãos dos proprietários dos meios de produção – em última instância, do capital – o excedente da produção, também designado por Marx como mais-valia. Mudaram claramente o objetivo da produção e a definição da própria riqueza. É evidente que ainda interessa a produção de valores de uso, porém apenas enquanto suportes adequados do valor de troca, veículos de sua realização no mercado.

Não percamos de vista que o foco de nossa análise neste ponto são as implicações do MCP na produção de Atenção à saúde. Vale a pena assinalar, de imediato, outros impactos das transformações do Modo de Produção sobre os processos de subjetivação, justamente na medida em que uma série desses impasses aparece como a "matéria-prima" do processo de produção no campo da Atenção ao sofrimento psíquico. No momento atual da Formação Social capitalista, se chegou à configuração de uma sociedade definida como "de consumo". Esse assume a melhor forma de realização do valor, quando o trabalho já atingiu um alto índice de mecanização. Com o MCP e com a sociedade de consumo estamos fora do trabalhador como prioridade (o capital interessa-se pelo trabalho, sem dar importância específica a quem o realiza), também o carecimento e o desejo saem do horizonte; voltamos à

demanda direta e, portanto, à carência, daí a importância assumida pelos objetos (imaginários realizados) na vida em geral e na subjetividade em particular. Essa importância é atestada por uma longa série de problemáticas psíquicas que vêm assumindo proporções de "problema de Saúde Pública", as chamadas "compulsões", das quais o alcoolismo e a drogadição são apenas as mais conhecidas.

A consideração das características do MCP e de suas principais transformações contemporâneas terá sérias implicações para a consideração dos processos de subjetivação e para os processos de produção da Atenção ao sofrimento psíquico e para os impasses da subjetividade, que são objeto dessa Atenção. Na forma MCP da Formação Social o excedente produzido acima do necessário já não é mais objeto da apropriação coletiva, mas de apenas um dos polos de interesse presentes no campo social da produção. Além do excedente acumulável sob a forma dos produtos, como valor de troca, há a ampliação da própria capacidade da cooperação, ou seja, o aperfeiçoamento criativo das próprias relações sociais da produção, e com ela o enriquecimento humano dos produtores (Marx, 1975).

Para nossos propósitos nesta reflexão, é suficiente destacar esse modo fundamental do excedente. Sem entrar em maiores especificações no momento, devemos considerar que essa reprodução-produção do próprio trabalhador poderá ser um aspecto crucial para as práticas das instituições de Atenção ao sofrimento psíquico, isto é, de seu processo de produção. Não teremos grandes dificuldades de demonstrar que ela interfere de modo direto na produção do "produto" que se trata de produzir nesse campo. Ela pode aparecer nas práticas dessas instituições expressa em dois modos básicos, que designaremos como "subjetividadessaúde" serializada e singularizada, tanto nos trabalhadores quanto nos resultados de suas práticas junto aos sujeitos do sofrimento que demandam seu trabalho.

Daremos maior destaque à última por nosso interesse no fomento do paradigma de produção que concerne à ética que orienta nossa práxis – o Paradigma Psicossocial – em consequência da tese articulada nele, de que "esse produzir-se" inclui um "*se*" que é criação de Si; componente essencial da sua definição de saúde psíquica (Lacan, 1988).

Vejamos o que apuramos até o momento, a fim de analisarmos diretamente os Modos de Produção nas práticas das instituições de Saúde Mental, tomadas como dispositivos sociais de produção.

No MCP temos a separação entre os proprietários dos meios de produção e da força de trabalho. Portanto, entre o trabalhador e o trabalho existe um intermediário que é proprietário dos meios de produção e também da determinação dos modos e dos fins dessa produção. Ao analisar o MCP em sua forma tardia, Lacan fala em Discurso do Capitalista, cuja diferença em relação às suas formas antecessoras é o fato de o operário ter sido expropriado do saber sobre o próprio trabalho; além de não ter mais como viver a não ser trabalhar para o capital, nas condições impostas por ele (Braverman, 1977; Marx, 1975; Costa-Rosa, 1987).

Além das divisões entre quem planeja e quem executa, entre quem trabalha e quem se apropria dos resultados do trabalho, temos uma produção que visa a troca e não o consumo. Uma produção que se organiza, portanto, em torno do excedente da produção expresso em "valor de troca", e que pode ser subtraído do ato de produção no seu conjunto, e ser utilizado para o implemento, imaginariamente infinito, do capital (mais-valia relativa). Sendo essa a meta da produção, seu objeto-causa, o que dita suas características e finalidades, está muito longe de ser o conjunto das necessidades e aspirações da coletividade. É inegável que quem dita as características e finalidades da produção não é mais o conjunto das necessidades sociais (o carecimento).

Com isso perde-se do horizonte a tese fundamental de Marx no manuscrito que tomamos como referência: os processos de produção da vida material estão diretamente relacionados com os processos de subjetivação, e têm-na como fim intrínseco.

Só para que não se pense que incorremos em simplificações grosseiras, vale a pena lembrar que cada um desses diferentes aspectos da exclusão da subjetivação tem uma história própria que – além de suas transformações diretamente relacionadas ao Modo de Produção – começa de modo explícito com a separação cartesiana corpo-mente, redobrada pela forma da ciência inspirada nessa filosofia, e vem até a configuração atual da psiquiatria medicalizadora, orientada pelo Diagnostic and Statistic Manual (DSM). Essa psiquiatria regride a uma concepção organicista como metonímia do corpo e da subjetivação, e com isso resvala para a perigosa posição de braço armado da indústria químico-farmacêutica (Quinet, 2006). Também é necessário assinalar, ainda que de passagem, que não se trata apenas de uma questão de psiquiatria e de psiquiatras. Embora esses sejam os protagonistas principais desse enredo complexo, um conjunto importante dos traba-

lhadores das chamadas equipes interprofissionais têm sido coadjuvantes fundamentais; nesse contexto, a população, em seu frenesi de busca de respostas imediatistas, sucumbe facilmente ao canto da sereia medicamentosa e, sem qualquer sombra de dúvida, já naufraga perigosamente, em alguns casos, em novas "epidemias" criadas pela utilização *a priori* dos psicofármacos como estratégia de produção de Atenção ao sofrimento psíquico.

Por tudo isso, não é difícil perceber como se constitui a feição consumista do MCP. Com o desenvolvimento gigantesco da tecnologia, o conjunto dos trabalhadores se vê confrontado com o inusitado, sua superfluidade enquanto coletivo, só atenuada pela continuidade de sua importância estratégica para o consumo. Nossa análise de um processo histórico tão longo e complexo tem que se contentar com alguns toques sutis: o deslocamento da posição de carecimento e desejo para a de necessidade, e mesmo de carência, no que diz respeito ao horizonte dos ideais socioculturais; essa redução do homem à esfera da necessidade certamente não atinge apenas os trabalhadores, estende-se a toda a sociedade. É claro, por outro lado, que o trabalho, redefinido, continua a existir.

É necessário destacar, ainda, a exclusão do trabalhador da determinação do quê, do como e para quem produzir; depois que o trabalho assumiu seu modo assalariado. Aspecto ainda mais acirrado na época definida como globalização neoliberal e do consumo.

Historicamente essa estrutura de produção do MCP recebeu alguns retoques que a tornaram ora mais, ora menos desumana, como é o caso das suas figuras liberal, a das políticas social-democratas (localizadas histórica e geograficamente), e sua forma chamada neoliberal. Nosso interesse centra-se em sua lógica, pois nosso foco são os processos de produção das instituições no campo da Atenção ao sofrimento psíquico.

Modos antagônicos de produção na Saúde Mental Coletiva: contribuição a uma clínica dos processos de subjetivação

No campo da Atenção ao sofrimento psíquico temos uma produção complexa, que supõe cooperação e divisão social em especialidades e em "especialismos". A própria produção dos "especialistas", comumente téc-

nicos para respostas imediatas, já está parasitada pela separação entre fazer e pensar, oriundo da organização social da produção na universidade, que tem duas linhas de produção bem distintas: os pesquisadores, cientistas, cuja função é a produção e transmissão dos conhecimentos que cabem aos técnicos aplicar; dito de outro modo, separação entre produtores do saber e de seus aplicadores.

Feitas essas considerações, podemos partir da definição que já temos proposto das instituições de Saúde Mental como dispositivos de produção, isto é, consideradas quanto ao momento da singularidade do conceito de instituição (Costa-Rosa, 1987; Lourau, 1975). Destacado seu aspecto de dispositivo de produção, podemos perguntar se, também nelas, a função produtiva não pode ser pensada a partir de diferentes modalidades.

É uma consequência da própria definição da instituição de Saúde Mental como dispositivo singular, como práxis, que ela produza para além daquilo expresso nas suas declaradas intenções, no seu discurso oficial. Ou seja, dada a necessária mediação ideológica e imaginária entre as pulsações da Demanda Social[3] e aquilo que delas se efetivou numa forma final de "dispositivo institucional de produção", sua ação concreta estará necessariamente em defasagem quanto à possibilidade direta de suas ações interferirem especificamente nas referidas pulsações da Demanda Social (DS). Dito de outro modo, a instituição de Saúde Mental está estruturada a partir de um recorte da DS que lhe deu origem, e responde a um recorte das queixas e pedidos que a interpelam. Esses são, por sua vez, recortes dos efeitos da DS, aqueles que chegaram à instituição, devendo ter passado também pela mediação ideológica e imaginária atualizada nos indivíduos – instância

---

3 Utilizamos aqui os conceitos de Demanda Social e encomenda social de acordo com sua aplicação no campo da Análise Institucional (Lourau, 1975). A Demanda é hiância em sentido amplo; conjunto das pulsações produzido pelo antagonismo das forças em jogo no espaço socioeconômico e cultural. A encomenda é uma espécie de contraface da Demanda, ou seja, o modo como esta aparece empiricamente nos pedidos. A Demanda só pode traduzir-se em encomendas através da sua mediação imaginária e ideológica. Ou seja, a tradução das pulsações da Demanda Social em pedidos depende dos modos de representação do que seja aquilo que "falta" e aquilo que se necessita e deseja; da representação das ofertas à disposição no campo, capazes de "responder"; bem como depende do reconhecimento dessas ofertas à disposição no espaço sociocultural do Território, por parte de quem as solicita. Sabe-se, de longa data, que o campo das ofertas de Atenção ao sofrimento psíquico está dividido entre os saberes místicos e populares, e o saber científico. Influenciando, desse modo, o conjunto dos pedidos de ajuda e de intercessão endereçados às instituições de Saúde.

necessária na qual, por sua vez, emergem e são percebidas as demandas efetivas por saúde sob a forma da Atenção.

As funções institucionais declaradas e assumidas como discurso oficial estão em defasagem com suas funções efetivas. Desse modo, interessa estrategicamente olhar de perto esse excedente produtivo entre o que é declarado e o efetivado, pois nossa hipótese é que ele determina os efeitos diferenciais mais decisivos nas práticas das instituições que se encarregam socialmente do sofrimento psíquico.

Antes de tudo, precisamos sublinhar uma constatação sobre o modo como se organizam as ações em Saúde Mental Coletiva. É um fato histórico incontestável que, para grandes contingentes da população, o acesso ao consumo de serviços de Saúde, sobretudo para a população trabalhadora e aquela excluída da produção, só pode dar-se através de instituições públicas (ou privadas conveniadas com o Estado), criadas para a prestação serviços de Atenção. A instituição de Saúde Mental é, portanto, um intermediário necessário na relação entre os trabalhadores de Saúde Mental e os sujeitos do sofrimento psíquico. A intermediação da instituição de Saúde Mental organizada segundo as características da produção capitalista acrescenta a essa relação, dita terapêutica, variações que a diferenciam radicalmente do *modus operandi* das profissões liberais (estas, em certo sentido, ainda podiam pretender ser uma forma de tentar contornar o MCP, na relação dita terapêutica).

O Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM)

Constatadas essas características das práticas dessas instituições, já podemos passar ao segundo bloco de evidências. Mesmo o exame mais imediato é capaz de revelar, sem dificuldade, que as instituições de Saúde Mental predominantes em nosso contexto são organizadas segundo um modo que justifica plenamente a qualificação de Modo Capitalista de Produção; trata-se do "modo asilar" (Costa-Rosa, 2000) redefinido em termos paradigmáticos como "Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador";[4]

4 Falamos em paradigma como consequência da modalidade da análise realizada por nós das variações efetivas e possíveis das instituições de Saúde Mental. Essas são compreendidas como efeitos numa conjuntura social complexa, que deve ser analisada em termos dos agrupamentos de interesses sociais e suas diferentes relações; o que é permitido através do

um correlato do "Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado" no contexto mais amplo das políticas e práticas no campo da Saúde (Mendes, 1999).[5]

Ao mesmo tempo, pode-se demonstrar que a instituição é capaz de variar quanto a seu Modo de Produção, dependendo da conjuntura geral em que está inserida, consequência da interconexão dos diferentes Modos de Produção da vida econômica numa dada Formação Social. Nesse caso, por motivos de clareza e concisão, devemos dizer de imediato que o MCP é uma das formas particulares da instituição de Saúde Mental, um dos dois modos básicos de produção que ela pode encarnar neste momento histórico em nosso contexto (Costa-Rosa, 2000).

Consideramos que é na forma que temos designado como Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), que melhor se expressa o Modo Capitalista de Produção (MCP) como forma da produção dos dispositivos institucionais na Saúde Mental. O MCP está em perfeita sintonia com o PPHM e seus diferentes dispositivos-Estabelecimentos, sejam esses arcaicos ou modernos. Entre os primeiros certamente incluem-se o Manicômio psiquiátrico e o hospital de mesmo sobrenome que pretensamente o sucedeu, além do Discurso Médico em suas diferentes modalidades de Discurso do Mestre e Discurso da Universidade (Clavreul, 1983). Entre os dispositivos modernos do PPHM podemos citar esses "maravilhosos" produtos da ciência avançada, que são os suprimentos medicamentosos, cujas funções, entre outras, às vezes são capazes de redesenhar as funções do velho asilo, traduzindo-o numa configuração química, deixando inequívoca a constatação de que ele, como arquitetônico e mobiliário, é absolutamente supérfluo. Daí que não tem faltado quem fale em Manicômio químico. Esse tem como lógica inequívoca a estrutura do próprio Discurso Médico como Modo de Produção em sua sobremodalização realizada pela "psiquiatria DSM", que como sabemos é especificamente medicalizadora.[6]

---

conceito gramsciano de Processo de Estratégia de Hegemonia (Portelli, 1977). A partir daí definimos o paradigma no campo da Saúde Mental como um conjunto mínimo articulado de parâmetros que consideramos capazes de darem conta das dimensões teórica, técnica e ética. Definimos o paradigma nesse caso com quatro parâmetros fundamentais.

5 Ver o ensaio 2 "A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade", neste livro.

6 Ver o ensaio 5 "Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante", neste livro.

Nas instituições do PPHM, quanto à produção de serviços – é assim que ela nomeia sua produção no discurso corrente – está clara a presença de um intermediário que é dono dos meios de produção: instalações arquitetônicas e mobiliárias, insumos materiais diversos, e é remunerador da força de trabalho; ele mantém o imaginário social de quem paga no lugar dos sujeitos do sofrimento, definidos como usuários dos serviços. Essa cisão de propriedade entre os meios de trabalho e a força de trabalho gera uma série de consequências imediatamente visíveis, como a separação entre decisão, planejamento e execução, que se traduzem – ainda mais drasticamente nesse contexto produtivo – pela exclusão dos sujeitos do sofrimento e dos próprios trabalhadores, e a população, das decisões sobre os contornos que tais serviços, e seus efeitos, deverão assumir e visar.

Mudanças fundamentais no ideário de como devem funcionar as instituições de Saúde, e que efeitos deverão visar, foram introduzidas em 1988, após a VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986), e posteriormente incorporadas ao texto constitucional da nação. Pode-se afirmar que sustentar ou não esse ideário como horizonte ético da sua práxis é um dos divisores de águas quanto aos Modos de Produção institucionais e seus efeitos, no campo do sofrimento psíquico e dos impasses subjetivos.

Continuando a caracterização do PPHM como Modo de Produção na Saúde Mental, pode-se perceber que a força de trabalho em questão apresenta uma organização complexa: é também um trabalho dividido segundo as características do MCP. Não há dúvidas que essa forma de trabalho tem suas raízes na ampla divisão social do trabalho e na divisão do saber em especialismos. Trata-se do trabalho chamado multiprofissional ou interprofissional, que pode variar quanto ao modo de sua organização, da configuração taylorista (necessária) à forma cooperada (contingente) (Costa-Rosa, 1987; Gorz, 1980).

A presença da instituição como intermediária nas práticas em Saúde Mental não tem deixado de ser percebida nas diferentes tentativas de reformar o PPHM e seus dispositivos; tanto é que uma das tentativas principais de inovação dos movimentos da chamada Reforma Psiquiátrica – "Comunidades Terapêuticas", "Antipsiquiatria", e "Psicoterapia Institucional" – talvez tenha sido a de modelar as formas institucionais desse intermediário, tentando fazê-lo operar de modo sintônico ao conjunto das práticas terapêuticas propriamente ditas, exercidas em seu interior ou através dele. A

Psicoterapia Institucional foi a forma mais sofisticada de análise e ação sobre o intermediário; chegou a formular a meta de fazer terapêutico o próprio Modo de Produção institucional, estabelecendo a instituição organizada como agente terapêutico.

Entre os efeitos desse intermediário nas práticas em Saúde Mental, efeitos refletidos sobre trabalhadores e sujeitos do sofrimento, há um que é crucial especificar. Aplicando aos "produtos" dessas instituições a análise aplicada por Marx à mercadoria, veremos que essa característica do MCP se atualiza recortando uma dimensão particular do ato produtivo, como excedente, e ao mesmo tempo designa o intermediário como quem deve se apropriar dele. Ou seja, também na produção das instituições de Saúde Mental podemos designar uma produção básica e uma produção excedente, correlata ao valor expropriado na produção comum. Porém, em consequência da definição da instituição como práxis humana, é necessário ver que há nela mais de uma versão do excedente do ato produtivo: toda a produção humana é simultaneamente inovadora e reprodutora das formas da produção, embora com ênfases diferentes. Há, por isso, uma versão desse excedente produtivo que é preciosa para os interesses subordinados que se atualizam na instituição, interesses dos sujeitos do sofrimento e dos trabalhadores: trata-se da recriação de relações sociais da produção. No PPHM, porém, trata-se de reproduzir essas relações sociais, sobretudo de dominação-subordinação; portanto, recorta-se a outra versão do excedente produtivo que acaba, no ato, sendo apropriado pelo intermediário. Aliás, no PPHM o intermediário tende a apropriar-se de todas as formas do excedente do ato produtivo (Costa-Rosa, 1987; Marx, s. d.). Exemplifiquemos: se definirmos o ato produtivo em "Saúde" como supressão do sintoma e do sofrimento, repondo o indivíduo na produção (ou no consumo), um excedente pode ser definido como reprodução das relações sociais da produção desse ato produtivo. O excedente, nesse caso, são as relações sociais e intersubjetivas entre trabalhadores e sujeitos do sofrimento, no ato produtivo da Atenção, o modo de fazer. É a produção de subjetividade simultânea e inerente à produção de "saúde". Não é difícil demonstrar que o Discurso Médico (Clavreul, 1983) – núcleo do PPHM – reproduz as formas da subjetividade que são dominantes nas relações sociais, e de produção, que imperam no MCP, isto é, a nomeada subjetividade capitalística ou serializada (Guattari; Rolnik, 1986). Não há

dúvida, então, de que há o recorte de um excedente e um destinatário bem definidos.

As relações "terapêuticas" operadas nos discursos sociais verticais, como é o caso do Discurso Médico, são reprodutoras dos "sentidos" sociais dominantes, que mantêm o sujeito alienado quanto aos possíveis fundamentos do sofrimento sintomático de que se queixa, e certamente quanto a seu posicionamento em relação a eles. Talvez haja quem possa conceber "saúde psíquica" em sintonia com formas da subjetividade alienada, porém esse é um aspecto crucial a ser superado para a ética do Paradigma Psicossocial.

A congruência do PPHM com o MCP

Em nosso exame dos Modos de Produção das práticas nas instituições de Saúde Mental ainda podemos levar mais adiante a análise da sua produção e dos seus produtos.

Se aplicarmos aqui o esquema marxiano de análise da mercadoria, segundo seus dois aspectos de valor de uso e valor de troca, ainda podemos tirar outras consequências para a análise da produção do PPHM e seus efeitos. O que corresponderia ao valor de uso e ao valor de troca, respectivamente, nos efeitos da ação do paradigma psiquiátrico?

Retomemos as funções e dimensões produtivas que já propusemos para a análise da instituição de Saúde Mental como dispositivos de produção.[7] Nessa produção também podemos ver com clareza um equivalente do "valor de uso", que no PPHM adquire duas formas diversas e interessantes de serem registradas como valor de uso, dependendo dos interesses sociais que estão em jogo como mediadores da função produtiva. Se os interesses recortam uma função afirmada no discurso enunciado como objetivo oficial da instituição, por exemplo, remoção de sintomas, então esse é o valor de uso em questão; se os interesses recortam uma das funções negativas, por exemplo, criação de novos modos de convívio social e novos modos de expressividade subjetiva, então será esse o valor de uso que interessa considerar. Já sabemos que não é aleatoriamente que se recorta uma ou outra dessas modalidades do valor de uso; depende do modo como naquele dispositivo

---

7 Ver o ensaio 2 "A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade", neste livro.

institucional se metabolizam as contradições em jogo, sobretudo a principal, expressa em termos do modo hospitalocêntrico e o Modo Psicossocial (Costa-Rosa, 1987; 2000).

Há, por outro lado, uma produção que é equivalente do valor de troca, que transcende o valor de uso. As ações produtivas dominantes na instituição de Saúde Mental guardam, neste momento histórico, uma congruência com as instituições fundamentais no MCP. Nessa medida também produzem outros valores além do valor de uso. Ou seja, outras funções negativas não designadas no discurso oficial da instituição, mas facilmente detectadas em suas práticas.

O excedente que convém aos interesses dominantes no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador recortar é, além da mais-valia comum, a função institucional negativa de reprodução das relações sociais da produção de alienação, que pode ser designada como dominação-subordinação. Na versão PPHM as relações sociais e intersubjetivas instituídas equivalem à própria subjetividade serializada, sinônimo de subjetividade alienada, ainda que essa tenha nuanças que merecem ser destacadas da, simplesmente denominada, alienação social.

É importante sublinhar que essa "equivalência" entre os produtos no PPHM e a produção comum decorre justamente das características impressas por esse paradigma ao processo de produção da Atenção. A caracterização do Paradigma Psicossocial é capaz de nos mostrar ainda mais agudamente quão insólita é a pretensão de produzir saúde psíquica nesses termos, e os efeitos desastrosos desse Modo de Produção para os interesses sociais e subjetivos dos sujeitos do sofrimento, ali simplesmente chamados usuários.

O excedente que convém aos interesses subordinados nesse Modo de Produção – interesses dos sujeitos do sofrimento e dos trabalhadores da instituição – é a função institucional negativa de recriação de relações sociais e de novas possibilidades de expressividade subjetiva. Convém sublinhar que essa recriação de possibilidades de expressividade subjetiva não ocorrerá de modo espontâneo no estado dado da contradição essencial entre os interesses e valores representados no PPMH e no PPS; ela supõe ações deliberadas de transformação. O que é espontâneo é o instituído, ou seja, a reprodução das relações da produção do MCP. No caso das instituições públicas sabemos que é o Estado que aparece como representante dos interesses sociais dominantes, que ganham com a reprodução das formas da

subjetividade serializada. Mas, vista a questão do lado dos interesses sociais subordinados, a reprodução é também um excedente que convém aos subordinados não produzir.

Não é difícil demonstrar que a forma de manifestação do excedente produtivo nas práticas de Atenção, definido em termos de produção ou reprodução de relações sociais e intersubjetivas, é capaz de decidir as características fundamentais do Modo de Produção que as instituições de Saúde Mental encarnam em conjunturas e momentos históricos dados. Dando por demonstrado que não convém aos interesses subordinados nessas instituições o funcionamento segundo as características do MCP; o passo necessário é a designação do seu contraditório.

Paradigma Psicossocial: o Modo de Produção que convém

Que exigências deverá satisfazer um Modo de Produção nas práticas das instituições de Atenção ao sofrimento psíquico para que ele possa aspirar à superação dialética do MCP?

Daquilo que adiantamos até aqui muito se depreende que a própria análise do PPHM e sua homologia com o MCP nos indicam o primeiro caminho para a análise do Modo de Produção capaz de superá-lo dialeticamente em termos teóricos, técnicos e éticos. Partimos da análise das instituições de Saúde Mental realizada por nós, e que constata que a diversidade das formas institucionais pode ser reduzida a dois modos básicos de produção em nosso contexto neste momento histórico (Costa-Rosa, 2000).

Por outro lado, consta-se o surgimento histórico de uma série de questionamentos ao PPHM a partir da década de 1970, ainda na fase da indiferenciação entre Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica. Questionamentos que acabam sendo traduzidos numa série de transformações nas políticas de Saúde, nas práticas das instituições e, finalmente, em mudanças teóricas, técnicas e éticas. Pode-se considerar que o auge dessas conquistas foi marcado primeiro pela VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e depois pela Constituição de 1988, cujo texto registra várias dessas importantes conquistas no campo particular da Saúde. Destaque deve ser dado para garantia constitucional da participação popular no planejamento, gestão e controle no setor Saúde, traduzida na participação direta nos Conselhos de Saúde, e nos conselhos de gestão de unidade de Saúde e outros dispositivos de controle social.

Outra corrente fundamental de transformações que repercute diretamente sobre o setor da Saúde Mental é composta pelas chamadas experiências históricas da Reforma Psiquiátrica mundial (Fleming, 1976). Os diversos questionamentos ao PPHM, embora não em termos paradigmáticos, procederam de vários países europeus e dos Estados Unidos. As Comunidades Terapêuticas (CT) inglesas e a Psicoterapia Institucional (PI) francesa introduziram a crítica à forma da organização institucional, indicando a necessidade lógica de seu funcionamento em termos da horizontalização das relações intrainstitucionais, portanto, na direção dos modos cooperados; particularmente a PI demonstrava que o essencial da terapêutica psíquica incluía o protagonismo dos sujeitos do sofrimento; protagonismo que, por sua vez, decorria do próprio modo do funcionamento sociossimbólico da instituição, que determinava as relações dos sujeitos do sofrimento, entre si, e entres esses e os trabalhadores da instituição. A Antipsiquiatria inglesa e a Psiquiatria Democrática italiana, cada uma a seu modo, fizeram a crítica ao princípio doença-cura e à sua transposição direta do campo da Saúde para o da Saúde Mental. Esses movimentos negaram a noção de doença como entidade separada do indivíduo, recolocando-o como o protagonista de uma "existência-sofrimento" a ser vivida em suas diversas implicações com o corpo social a que pertence, enquanto a "doença" era colocada entre parênteses (Rotelli et al., 1990). Particularmente a Psiquiatria Democrática, ao negar a doença, negava a cura como um resultado tendencialmente ótimo que seria efeito necessário das ações do psiquiatra. A Psiquiatria Comunitária americana agregou a ideia e a prática da composição multiprofissional do conjunto dos trabalhadores que deveriam ocupar as novas instituições ambulatoriais alternativas ao Manicômio, e também do Hospital Psiquiátrico reformado.

A conjugação dessas contribuições ocorreu pela primeira vez, entre nós, nos Estabelecimentos Ambulatórios de Saúde Mental, em meados da década de 1980, e depois nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), a partir da década de 1990. Da base dessas práticas, e também como seu desdobramento, foi surgindo o termo "psicossocial" que conota um Modo Psicossocial como primeiro contorno do paradigma alternativo ao PPHM e vai definindo a Atenção Psicossocial como o novo campo de instituições e práticas (Costa-Rosa, 2000; Costa-Rosa et al., 2003; Amarante, 1995). O Modo de Produção que temos designado

primeiro como Modo Psicossocial e depois como Paradigma Psicossocial é uma tentativa de designar as formas da produção das instituições de Saúde Mental capazes de se contraporem dialeticamente à lógica do PPHM.

Numa análise comparativa, há dois aspectos particulares do Modo de Produção PPHM que devem ser postos em destaque: o Discurso Médico e o termo "medicalização", ambos referentes às relações terapêuticas. Falamos em termos de discursos como laços sociais de produção, aplicando ao Modo de Produção a análise do Discurso Médico feita por Clavreul (1983) a partir de Jacques Lacan (1992). Fica demonstrado que o PPHM, além de sintônico com o MCP, é homólogo ao Discurso do Mestre e ao Discurso da Universidade (Clavreul, 1983); situações nas quais o sujeito do sofrimento é posto primeiro como objeto de estudo diagnóstico e depois como objeto de Atenção assistencialista. O PPS como tal se servirá, necessariamente, dos laços sociais discurso do histérico e discurso do psicanalista, dos quais os dois anteriores constituem mais ou menos o avesso. Ou seja, nem objeto de pesquisa, nem objeto da Atenção, o sujeito do sofrimento deve ser tomado a partir de sua posição de sujeito dividido, em atitude de objeção ao "contexto" em que necessariamente está referenciado (o sintoma é uma dessas circunstâncias) – essa situação se expressa quando ele ocupa o lugar do agente no Discurso da Histeria; por outro lado, a ética da Atenção Psicossocial exige que o trabalhador opere sempre como intercessor visando permitir ao sujeito posicionar-se como protagonista do processo de produção de "saúde" – essa situação produz-se quando o sujeito assume o lugar do trabalho no Modo de Produção Discurso do Analista. Apenas nesta última circunstância pode ser produzido o saber inconsciente capaz de mudar simbolicamente a posição do sujeito em relação ao impasse sintomático. Por sua lógica institucional, por suas técnicas e por sua ética, exclui-se dos dispositivos institucionais do PPS, o Manicômio e o próprio HP, substituídos pelos Caps, por pequenas enfermarias psiquiátricas no hospital geral e por diferentes táticas territoriais junto às instituições do setor Saúde e de outros setores; com destaque para o matriciamento na Estratégia Saúde da Família.

A propósito do termo medicalização, importa pôr em destaque o radical "med" que – além do laço social Discurso Médico, expressando um importante sentido da medicalização dos conflitos sociais e subjetivos (Ilich, 1975) – remete a uma modalidade de uso do fármaco, sobretudo, na fase atual do PPHM em sua versão DSM-IV. Medicalização como resposta *a priori* e

praticamente exclusiva aos diferentes impasses de sofrimento psíquico, o que nos fez incluir o termo medicalizador em sua nomeação. Embora na contramão dos ventos que sopram mais ou menos soberanos atualmente vindos desse lado da prática psiquiátrica, mas também sem perder de vista que outros ventos da mudança nos dão a condição de navegar, é meta ética e pragmática da Atenção Psicossocial virar pelo avesso o Discurso Médico e redefinir a posição e a função dos psicofármacos como coadjuvantes entre seus meios de ação junto aos impasses subjetivos e ao sofrimento psíquico na sociedade contemporânea (Quinet, 2006). A luta antimanicomial precisa com urgência incluir o "Manicômio químico" no duplo sentido do radical "med" como um de seus alvos essenciais.

A congruência do PPS com os Modos de Produção cooperados

A contraposição dialética dos Modos de Produção em ação nos diferentes paradigmas, as contribuições das experiências históricas de crítica à psiquiatria asilar, ampliação da clínica em decorrência das diferentes contribuições interdisciplinares, com destaque para a análise política de instituições, a Análise Institucional, a psicanálise do campo de Sigmund Freud e Jacques Lacan, vão dando os principais contornos do Modo de Produção em ação no PPS. Some-se a tudo isso a própria concepção do "produto" que se trata de produzir. No PPS não é possível conviver com as definições do resultado do processo de produção como "número de consultas, número de internações, número de medicamentos dispensados"; nem mesmo como "numero de sintomas suprimidos, ou de indivíduos reinseridos na produção ou no consumo". Muito terá que ser trabalhado a fim de encontrarmos novos indicadores positivos da efetividade das práticas baseadas no PPS.

O PPS assume ética e tecnicamente a indissociabilidade entre a saúde psíquica e a subjetividade; propomos falar em saudessubjetividade singularizada. Portanto, os efeitos produtivos devem partir de relações de produção cuja lógica seja, como mínimo, baseada nos modos institucionais cooperados. A situação é de fato complexa, pois as relações devem ser necessariamente cooperadas entre os trabalhadores da instituição, para que algo da mesma ordem se processe entre eles e os sujeitos do sofrimento (e a população do território). Porém, a mudança mais radical no PPS decorre da própria concepção de saúde psíquica a ser produzida pela via da Atenção:

saudessubjetividade e, consequência disso, a inclusão necessária do sujeito do sofrimento como um agente – o principal – do processo de produção, além de ser o seu "consumidor" final. Conforme se pode notar, a complexidade do processo de produção das instituições no PPS introduz outras exigências teóricas, de manejo técnico e, sobretudo, de compromisso ético. No PPHM está tudo praticamente determinado pela relação intrainstitucional vertical e pelo Discurso Médico. Quando se trata do PPS, a superação desses dois aspectos é apenas o ponto de partida do exercício cotidiano das transformações buscadas.

Algumas considerações finais

1. Análise paradigmática dos processos de saúde e subjetividade. Essa análise dos Modos de Produção em Saúde Mental é uma primeira estrutura de um raciocínio de análise do Modo Psicossocial que outros capítulos irão tornando mais detalhada e complexa. De fato tanto o Modo Psicossocial quanto seus operadores fundamentais no campo da Saúde Coletiva compartilham a mesma estrutura fundamental. A análise paradigmática dos processos de produção em Saúde Mental vem sendo realizada por nós desde muito cedo, inspirada nas análises precursoras do campo da Saúde e seu processo de produção (Luz, 1979; Donnangelo; Pereira, 1979), desde quando falávamos em modelos asilar e psicossocial, época na qual ainda nem tínhamos concluído a composição necessária do paradigma em quatro parâmetros mínimos (Costa-Rosa, 1987). Essa análise constitui uma das bases de um ensaio de nossa autoria, datado do ano 2000, no qual foi apresentada a primeira análise paradigmática dos Modos de Produção na Saúde Mental Coletiva (Costa-Rosa, 2000). A proposição de uma disciplina para o Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Faculdade de Ciências e Letras (FCL) da Unesp, campus de Assis, a partir dessas bases teóricas, nomeada "Modos de Produção dos dispositivos institucionais na Saúde Mental Coletiva", serviu de inspiração a um conjunto importante de outras disciplinas de uma das linhas de pesquisa do referido programa, que adotaram em sua denominação os termos "Modos de Produção".

A análise dos Modos de Produção nessa clínica foi iniciada por nós a partir da base teórica de Marx, mas posteriormente incorporou importantes

elementos da psicanálise, principalmente contribuições realizadas por Lacan, ao propor uma síntese entre importantes elementos da teoria econômica de Marx e da teoria libidinal de Freud (Magno, 2007; Goldenberg, 1997; Lacan, 1992). A análise da instituição de Saúde Mental como dispositivo de produção de "saudessubjetividade" quanto a seus Modos de Produção tem funcionado como um operador fundamental em nossas práticas como um trabalhador da práxis específica da Análise Institucional e em outras ações de intercessão em diferentes instituições, incluindo práticas específicas de "formação" de trabalhadores para a Atenção Psicossocial.

2. A produção da Atenção não substitui a produção da saúde. A definição de saúde no PPS vai muito além da saúde como ausência de doença considerada no PPHM. Portanto, a Atenção à saúde é apenas um dos componentes da saúde, seja dos indivíduos ou das populações. A própria análise paradigmática nos indica uma parte importante do caminho da definição. Ela exige a concepção da saúde em termos de processos complexos de produção social da vida material em sociedade; nesse caso, só é possível conceber a saúde propriamente dita em termos do processo social de produção saúde-adoecimento-Atenção; definição em acordo com a preconizada pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e inscrita na Constituição federal de 1988. Encontramos no campo das análises da Reforma Sanitária uma importante definição paradigmática da Saúde em termos do Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado e do Paradigma da Produção Social da Saúde (Mendes, 1999).

Do mesmo modo que é impossível dissociar saúde psíquica e subjetivação, também é impossível dissociar efeitos terapêuticos e éticos nas ações de Atenção. A "sociedade de consumo" como modalização tardia do MCP agregou importantes impactos no processo de produção de Atenção ao sofrimento psíquico, que pretende fundar-se na administração massiva de "suprimentos", sobretudo medicamentosos. A ética proposta para a Clínica Ampliada na Atenção Psicossocial, em uma de suas versões possíveis, inclui a implicação protagonista do indivíduo nos conflitos e contradições em que está imerso. E avança na consideração da implicação do sujeito, no sentido psicanalítico, isto é, a clínica do *clinâmen* (Costa-Rosa et al., 2003) especifica o "bifurcar" de sentido: produção de novos significantes mestres, tendo no horizonte o carecimento e o desejo. Portanto, a sintonia eu-reali-

dade buscada na supressão sintomática e a simples inserção no consumo estão muito longe de ser critérios suficientes da "saudessubjetividade".

3. Um fazer-saber diretamente dependente do trabalho vivo,

> [...] um tipo especial de trabalho, a mestria artesanal e, consequentemente, a propriedade dos instrumentos de trabalho – equivalente à propriedade das condições de produção – o que exclui reconhecidamente a escravidão e a servidão. Entretanto, pode conduzir ao desenvolvimento de um sistema negativo homólogo à servidão. (Marx, 1975, p.96)

Há no trabalho em Saúde Mental uma mestria artesanal, um saber-fazer que deve ser da ordem da técnica, mas não sem *poiesis* (criatividade e arte). Essa conceituação depende de que se entenda esse trabalho fora do princípio que caracteriza as disciplinas, lamentavelmente seu solo de origem, e se o inclua na transdisciplinaridade. Porém, essa mestria artesanal está muito longe de equivaler à propriedade das condições de produção do seu trabalho, uma vez que originalmente o trabalho da Atenção ao sofrimento psíquico na Saúde Coletiva já supõe a presença da instituição como intermediário, que vai fazer a junção do trabalho com as demais condições de produção. Pública ou privada, neste momento histórico ela carreia para a relação de produção o essencial do MCP. Pelo fato de se tratar de disciplinas que se desenvolveram associadas às profissões liberais, algumas características do ideário das "corporações de ofício" têm sobrevivido entre os trabalhadores de Saúde Mental. Isso não deixou de produzir "um sistema negativo de castas", traduzido ora em lutas corporativistas, ora no estabelecimento de relações homólogas à servidão pretendida ou realizada (médicos e paramédicos). Essas lutas corporativistas, entretanto, têm o maior efeito no seu caráter de álibi. O efeito mais grave tem consistido em repetir na instituição a *performance* do "trabalhador liberal" numa relação com as demandas espontâneas como individualizadas e inteiramente privadas. Perdendo totalmente a possibilidade de consideração dos diferentes problemas como efeitos da Demanda Social, perdem-se também duas diretrizes essenciais do SUS: a integralidade e a territorialização das ações de Atenção.

A intermediação da instituição, pública ou privada, reúne sob seu domínio a massa de trabalhadores, em composição por equipes ditas multidis-

ciplinares. Nessa situação eles têm assepsiados seus instrumentos, através da passagem do trabalho artesanal liberal para o assalariado. A "operação" parece incidir sobre o saber do "fazer-saber" dado originalmente nesse trabalho duplamente vivo: força de trabalho sob a forma de instrumental teórico-técnico e trabalho sob a forma psíquica (o psiquismo é instrumento de trabalho inerente às técnicas compostas pela transferência e pela palavra). No entanto, é fato que a nostalgia do "profissional liberal", herança das "corporações de ofício", se manteve. Porém, os que ainda fazem passagens ao ato nessa direção são os médicos, e alguns psicólogos, embora o mais comum é que sejam também superexplorados, mesmo acumulando vários empregos e gerando catástrofes na subjetividade.

4. Situados no devir. Retomada do modo cooperado de gestão do dispositivo institucional e dos seus processos de produção. "Para o trabalho, novamente, relacionar-se às suas condições objetivas, como sua propriedade, outro sistema terá que substituir o da troca privada" (Marx, 1975, p.106). O "outro sistema" no caso dos trabalhadores de Saúde Mental vinculados à ética do PPS não pode ser outro que a retomada do próprio modo cooperado, a ser exercido nas brechas abertas nas práticas do PPHM, nas condições, e pelas razões, que viemos assinalando durante todo este ensaio.

A recuperação dos modos cooperados de gestão dos dispositivos institucionais e dos processos de produção da Atenção fundados na ética psicossocial nunca deve ser confundida com qualquer atitude nostálgica. Mesmo em Marx o devir está sempre no horizonte, associado à própria transformação decorrente do movimento produzido pelo trabalho nos processos históricos de produção.

> A evolução das forças produtoras as dissolve e sua dissolução é, ela própria, uma evolução das forças produtivas humanas. O trabalho é, inicialmente, realizado em certa base [...]. Mais tarde, entretanto, esta mesma base é superada. (ibidem, p.91)

Conforme vimos Marx fala em "movimento absoluto do tornar-se", quando se refere ao sujeito.

Não se pode anular a existência concreta do PPHM, e muito menos sua existência histórica. Partimos do esclarecimento de seus efeitos iatrogênicos

escancarados, mas também daqueles relativos à produção da "saudessubjetividade" serializada, que só a análise de sua ética esclarece cabalmente. O PPS inicia como tática micropolítica nas brechas abertas no PPHM e no MCP ao qual aquele é correlato, aspirando à elaboração de uma estratégia de gestão que seja capaz de se tornar hegemônica.

A relação tensa entre as forças produtivas e as relações sociais de produção que faz que o movimento de transformação seja a condição básica das formações sociais, não é diferente no que diz respeito ao campo que nos concerne.

2
A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade

Este ensaio[1] visa contribuir com a transformação das práticas no campo da Atenção Psicossocial em implementação no país, através da conceituação e análise dos Modos de Produção de saúde e subjetividade, e dos efeitos dessa produção.

Embora estejamos no contexto de uma produção singular, veremos que essa não deixa de guardar semelhanças estruturais com a produção comum, a ponto de ser pertinente e proveitoso aplicar-lhe os referenciais de análise que Marx (s. d.) aplica ao Modo Capitalista de Produção (MCP). Poderemos tirar daí conclusões e questões extremamente esclarecedoras quanto à configuração dos Modos de Produção, aos efeitos produtivos em termos do excedente de produção (mais-valia), aos efeitos da divisão do trabalho e quanto às relações entre produção e apropriação, entre outros aspectos.

Um ponto fundamental desta análise passa pela hipótese de que a consistência da saúde que está presente no campo psíquico se expressa sob a materialidade das diferentes formas da subjetividade, implicando que tais aparatos institucionais sejam, antes de tudo, dispositivos de produção de subjetividade e subjetivação. Essas expressam a fisionomia mais relevante do processo de produção saúde-adoecimento-Atenção no campo psíquico.

Outro ponto importante consiste em pensar que a indissociabilidade saudessubjetividade implica que os efeitos da produção sejam diretamente decorrentes dos Modos de Produção sob os quais operam tais instituições.

---

1 Uma pequena parte deste ensaio, modificada, foi objeto de um artigo publicado na Revista *Estudos de Psicologia*, em 2012.

Dessa forma, haverá implicações radicais para os efeitos dessa produção, caso a instituição opere na lógica do MCP, ou segundo a lógica da produção cooperada que o antecedeu (Marx, 1975).

Finalmente, procura-se demonstrar que não há produção de saúde psíquica no contexto coletivo, sob o vértice da Atenção, sem a intermediação da instituição como dispositivo. Em decorrência dessa intermediação necessária demonstra-se a obrigatoriedade de rever as formas do funcionamento institucional a fim de driblar suas características atuais, sintônicas com o MCP. Esse é o único modo de garantir condições mínimas para a produção de relações sociais e intersubjetivas singularizadas entre os trabalhadores da instituição, como base para o mesmo modo de relações com a população e os sujeitos do sofrimento.

Na sequência, procuro caracterizar mais diretamente a forma da instituição como dispositivo de produção, em termos de sua composição paradigmática. Para isso, apresento o fundamento do conceito de paradigma nas práticas em Saúde no contexto da Atenção ao sofrimento psíquico, definindo sua mínima composição paradigmática. Depois, realizamos a análise da instituição a partir da hipótese de que sua configuração atual pode ser mais adequadamente compreendida em termos dos efeitos da luta entre dois paradigmas que se contrapõem neste momento histórico. Esses paradigmas que configuram os processos de produção na Atenção ao sofrimento psíquico são designados como "Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador" (PPHM) e "Paradigma Psicossocial" (PPS).

Com os esclarecimentos conceituais operados neste trabalho pretende-se deixar melhor facultadas as possibilidades de fundamentação e realização de uma Clínica Ampliada na Atenção Psicossocial, bem como da análise de seus efeitos ético-políticos.

Um dispositivo de produção singular

Gênese

A instituição de Atenção ao sofrimento psíquico, como as demais, é agenciamento das pulsações da Demanda Social,[2] mediadas pelo imagi-

2 Ver nota 3, na página 39 deste livro.

nário e a ideologia, numa conjuntura sociopolítica determinada. Essa conjuntura pode ser analisada e compreendida através do conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia.[3] Por isso sempre resta na instituição, como efeito desse processo de constituição, um não sabido estrutural em relação à Demanda Social de que ela é efeito. Tomemos como referência o caso que nos interessa mais diretamente: as instituições para lidar com os processos associados ao sofrimento psíquico. O mesmo processo que gera a instituição como dispositivo social vai ocorrer com os outros efeitos da Demanda Social. Portanto, a isso não escapam aqueles para os quais a instituição foi feita para lidar (queixas, pedidos de ajuda, sintomas, conflitos, sofrimento mudo etc.); isto é, também os impasses subjetivos e de sofrimento psíquico só se manifestam na distância dada por esse "não sabido" que os constitui, tanto na dimensão subjetiva quanto na sociocultural, decorrente da mediação ideológica e imaginária que intermedeia os processos de sua produção

3 O Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH) é um conceito de Gramsci que nos permite analisar, em termos molares, certas linhas de composição das formações sociais: pulsações que as organizam e que nelas se atualizam (Gruppi, 1978). No caso das instituições de Saúde Mental, o PEH permite analisar e compreender o jogo de forças que nelas se mostra, contrapondo os aspectos do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) aos do Paradigma Psicossocial (PPS), quanto a saberes, práticas, aspectos jurídicos, ideológicos, culturais e éticos (Amarante, 1995; Costa-Rosa, 2000). O PEH compreende um conjunto de práticas, relacionadas à estratégia e tática, destinadas a manter a Formação Social, seja uma instituição ou a sociedade como um todo, em equilíbrio dinâmico; dado tratar-se de realidades segmentares e contraditórias quanto aos interesses e visões de mundo que aí necessariamente se atualizam. Essa segmentaridade tende à polarização. Daí podermos falar em PEH como esforço de manter em equilíbrio dinâmico interesses dominantes e subordinados. Do lado dominante vemos um conjunto de práticas de efeitos repressivos e ideológicos, além de um conjunto de concessões táticas seguidas de sua recuperação (Guattari, 1981). Do lado subordinado há também um conjunto de práticas que, devido à dominância ideológica e material do polo socialmente dominante, são concordes com os interesses desse polo, e os reproduzem. Mas há também um conjunto de reivindicações, às vezes ativas, outras vezes mesmo passivas e aparentemente inadvertidas (como "entrar em crise", por exemplo); além de um conjunto de práticas alternativas que às vezes chegam a aspirar à elaboração de uma hegemonia alternativa à dominante; ou seja, podem consolidar-se as aspirações de tornar hegemônicos os interesses socialmente subordinados, naquele contexto. O caso das instituições de Saúde Mental, neste momento histórico, é bastante bem ilustrativo desse processo, pois aí se veem os efeitos de uma verdadeira luta pela hegemonia das visões teórico-técnicas, ideológicas, culturais e éticas. Em outro contexto sustentamos a hipótese de que essas transformações se expressam, já, em uma práxis na qual podemos visualizar uma transição paradigmática, do PPHM para o PPS. Esse processo, na prática cotidiana, tem gerado o ideário das experiências e as práticas da Reforma Psiquiátrica, em torno dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps), como organizadores e realizadores das práticas integrais num determinado território.

e expressão. Eis a razão estrutural das diferentes hermenêuticas. É preciso considerar, ainda, que uma parte importante das pulsações da Demanda Social pode encarnar-se em indivíduos concretos, sob a forma do sofrimento e das queixas. Nesse caso, os efeitos de alienação (que é simultaneamente social e subjetiva) tendem a se redobrar exigindo, na mesma medida, o redobramento da acuidade dos referenciais de escuta e compreensão utilizados por parte daqueles a quem se dirigem essas queixas.

Consistência

A instituição é articulação de saberes e práticas por um discurso lacunar, como todos os enunciados discursivos. Tomando uma sugestão de Hegel dos três momentos do conceito – universal, particular e singular –, pode-se pensar a instituição como conjunção de esferas ou momentos articulados (Lourau, 1975).

A esfera dos discursos constitui a instituição como universalidade, ou como prática discursiva. A propósito, é oportuno observarmos que há instituições que se mantêm por longo tempo apenas com a consistência de práticas discursivas. Foi assim com a loucura e com o Movimento Antimanicomial, por exemplo. Ou seja, trata-se de práticas que não armam o que se chama propriamente um dispositivo que se proponha a intervir num "objeto" designado por esse discurso. Trata-se das instituições como lógicas, embora se deva considerar que, em certas circunstâncias, as lógicas podem funcionar como uma espécie de dispositivo capaz de operar sobre o objeto, como nos casos da "instituição do preconceito", ou a "instituição da loucura" no momento anterior à "nau dos loucos"; nesses casos podemos dizer que elas estão a caminho de fazerem equipamento, Estabelecimento. Sem menosprezar os efeitos reais das instituições como lógicas na subjetividade, o que nos interessa é especificar os efeitos da instituição sobre um "objeto" quando ela atinge a consistência que designamos aqui como "instituição-dispositivo": nau dos loucos, Manicômio, o laço social da psiquiatria como ciência (Discurso Médico-Psiquiátrico), instituições da Atenção Psicossocial etc..

A seguir, há a esfera das práticas que constitui a instituição como particularidade. É justamente esse âmbito que se mostra claramente como dispositivo: conjunto de saberes e práticas. Aquilo que se manifesta de imediato ao observador como um aparelho capaz de determinadas funções; por

exemplo, tratar os loucos ou educar as crianças, produzir objetos de uso. A esfera da prática é considerada âmbito da negatividade produtiva, por sua capacidade de fazer revelar no discurso institucional, pretensamente universal, a sua polissemia e suas lacunas de sentido. A prática e os saberes, por sua consistência multifacetada, expressam a riqueza do agir humano, para muito além de qualquer discurso que pretenda circunscrevê-lo como unívoco. Práticas e saberes podem superar dialeticamente o discurso descartando-o, conservando-o e elevando-o a outras características discursivas. Podemos ver esse processo de superação expresso na passagem do discurso "manicomial" ao da Reforma Psiquiátrica e do discurso dessa à Atenção Psicossocial.

Finalmente, é preciso pensar a esfera da instituição como singularidade. Este momento corresponde justamente à articulação do universal e do particular: a práxis. Em sentido geral, tanto o universal quanto o particular são sempre abstratos por sua aspiração à completude. Algumas vezes uma dimensão explicita claramente a intenção de excluir a outra, ou seja, as contradições institucionais podem chegar a ser vivenciadas de forma distorcida como conflitos entre discurso e prática, ou entre saber e prática: ou o discurso ou as práticas. Momentos confusos para o conjunto dos atores institucionais em que discurso e saber viram sinônimos, como se fosse possível haver qualquer prática sem saber associado, ou qualquer saber sem prática que o sustente. Manifestações claras da cisão, presente na Formação Social ampla, entre trabalho braçal e intelectual, ou trabalho decisório e executor.

Na dimensão do dispositivo, como singular, podemos ver que o significante "instituição" é polissêmico. Nele é possível recortar ao menos três sentidos fundamentais: a instituição como lógica, substantivo, precipitado dos costumes desde tempos imemoriais – que pode ser vivenciada como criação mítica, desde sempre e para sempre instituída –, a instituição como ato de instituir, ação imediata, verbo, aquilo que é sempre vivo, o aspecto que mais perceptivelmente se encarna na ação dos homens. Por exemplo, ao diagnosticar o sofrimento psíquico como loucura, outro radical da razão, está-se, na realidade, instituindo a loucura outro radical da razão. Por outro lado, é na dimensão da instituição como verbo que se pode tanto reproduzi-la como lógica estabelecida quanto introduzir transformações nessa lógica.

Por fim, temos que considerar o sentido da instituição como Formação Social encarnada em dispositivo de produção social, em que o substantivo e o verbo aparecem como amálgama. Desse modo, pode-se dizer que o sen-

tido do termo instituição que a Análise Institucional elevou à categoria de conceito designa um dispositivo de "instituir" o instituído (reprodução) e o instituinte (criação). É esse conjunto composto por arquitetônico, mobiliário, maquinário, saberes e práticas, articulados por um discurso, que estamos definindo como dispositivo institucional; dispositivo que opera sobre objetos configurados e em função de objetivos determinados no contexto de uma realidade social complexa capaz de expressar processos produtivos e Modos de Produção.

Funcionamento

A consideração desses três momentos, também desdobrados em âmbitos articulados, permite tirar as maiores consequências da definição da instituição como conjunto de saberes e práticas articulados por um discurso de tipo ideológico (Luz, 1979).

Essa definição de instituição implica de imediato duas consequências: primeira, a instituição consiste numa Formação Social que é articulação de contrários; segunda, é possível considerar nela a existência de uma ordem latente, para além da ordem manifesta.

A primeira consequência nos remete à observação de que a instituição articula um conjunto de interesses, cuja segmentaridade pode variar desde simplesmente diferentes até contraditórios. Por exemplo, diversidade em termos das visões de mundo em jogo e dos efeitos de suas ações diretamente sobre seus "usuários",[4] mesmo que tudo aparentemente seja consenso. Essa diversidade pode chegar à polarização, e desdobrar-se em luta pela hegemonia entre essas visões de mundo.

4 Propomos, no contexto das transformações descritas e analisadas neste ensaio, a substituição dos termos "paciente" e "usuário" por "sujeito do sofrimento ou do tratamento", conservando a ambiguidade da palavra sujeito, pretendendo com isso recuperar, política e eticamente, para os interesses subordinados, uma parte importante daquilo que está perdido no Modo Capitalista de Produção. A recuperação da dimensão sujeito cabe inevitavelmente também aos trabalhadores da instituição, pois só assim poderão ser capazes de se posicionar no Território e nas outras instâncias institucionais com "ofertas" de possibilidades de (inter)locução alternativas às mais comuns até o momento, caracterizáveis como "inter loucos e sãos". Vale a pena assinalar que, mesmo conhecendo a importância das transformações no âmbito significante, sabemos que a recuperação ampla da dimensão sujeito só pode dar-se num processo complexo e contínuo.

Da segunda consequência podemos concluir que é sempre necessária alguma hermenêutica, algum exercício de deciframento, para alcançar o sentido de seu discurso e de suas práticas. Nesse exercício de interpretação, devemos sublinhar a importância que deve ser dada à análise do discurso por ele prevalecer como autoapresentação da instituição. Ele a enuncia sempre como positividade, como o que ela é ou pretende ser. Outra etapa dessa operação de deciframento toma como foco a relação e confronto das práticas institucionais com o discurso. Aí o foco cabe às práticas, conforme assinalado anteriormente, pois elas são capazes de revelar não só as contradições do discurso institucional, como também uma face de produção de saber. Em outras palavras, contém a dimensão da práxis.

A partir dessas duas consequências da definição de instituição como articulação de saberes e práticas por um discurso, podemos arriscar uma hipótese referente às exigências de sua compreensão por quem trabalha nelas, ou seja, pelos trabalhadores como um de seus componentes estruturais: a análise das contradições que atravessam a instituição e mais amplamente o manejo de um referencial de análise de discurso são ferramentas imprescindíveis para quem deseja se inserir numa instituição de um modo não apenas funcionalista. É preciso assinalar que isso ainda não tem qualquer relação com "ser um" analista institucional; significa, talvez, parafraseando a dialética, que os trabalhadores são a parte da instituição através da qual ela pode tomar consciência de si mesma e para si.

Análise das contradições

Ao concebermos o dispositivo institucional de Atenção ao sofrimento psíquico como segmentar, quanto às forças que o compõem e nele se articulam, fundamos a pertinência de uma análise das contradições capaz de nos indicar o estado dos conflitos que aí se atualizam e metabolizam, em relação à Demanda Social de que a instituição é efeito. Esse estado do jogo de forças em ação nela pode ser esclarecido pela especificação das suas principais contradições, pela distinção entre contradição principal e as secundárias, e pela compreensão dos antagonismos decorrentes das diferenças essenciais entre saberes, práticas e discurso. O estado das contradições pode ser indicado, ainda, pela análise da proporção de força estimada de cada um dos polos de interesse presentes naquela conjuntura particular. No exemplo das institui-

ções de Saúde Mental de nosso contexto político-social é possível afirmar a hipótese de que no momento atual a contradição essencial se expressa em termos de dois paradigmas básicos expressos nos modos de organização de suas funções: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) e o Paradigma Psicossocial (PPS) expresso pelo conjunto de ações que se contrapõem ao PPHM, à medida que vão adquirindo consistência discursiva e teórico-prática.

O PPHM conjuga interesses básicos de um setor social: suas opiniões, suas concepções ideológicas e teórico-técnicas, sua ética, seus ideais, seus interesses econômicos e sua forma dominante de produção de saúde e de subjetividade. Por sua predominância quantitativa, e por ser ele que ainda continua imprimindo a fisionomia característica das instituições de Saúde Mental em nosso meio, não podemos ter dúvida quanto a considerá-lo o paradigma dominante; portanto, ele conjuga, na instituição, os interesses identificados com os interesses socialmente dominantes. O nome "psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador" pode ser atribuído à sua origem na Psiquiatria como medicina mental e ao fato de que o Hospital Psiquiátrico ainda seja o meio de ação que melhor o representa, embora já haja bastante tempo que não é o único; na realidade os meios do hospital estão a pondo de ser substituídos pelos da química. Porém, esses termos devem ser remetidos também à estrutura das relações sociais e intersubjetivas fundadas no laço social do "Discurso Médico" carreado pela Psiquiatria, e à utilização contemporânea da medicação como resposta "*a priori*" para os impasses do sofrimento psíquico, realizada pela "Psiquiatria do DSM". O Discurso Médico é considerado por Clavreul (1983) como um caso particular do laço social do "Discurso do Mestre" proposto por Lacan. Em resumo, nesse laço discursivo, o psiquiatra, como agente, é o proprietário de um saber extraído do outro, o paciente; esse saber é mediador de suas ações de cura pela via medicamentosa, justamente fazendo vista grossa para o essencial desse saber: a dimensão subjetiva posta em jogo como o foco das razões do sujeito/paciente ter "solicitado" sua entrada nesse laço social. Amarante (1996, p.37) designou tal laço social com os termos: "o paradigma psiquiátrico". Medicalizador é um significante que condensa o radical "med" referente ao laço médico-paciente e ao medicamento como meio universal de ação.

Nas diferentes críticas e ações democratizantes de que tem sido alvo, principalmente a partir da segunda metade do século XX, o PPHM tem-se

feito acompanhar de um amplo cortejo de discursos e práticas de natureza diversa; alguns até mesmo de outra consistência paradigmática. Essas composições, entretanto, raramente têm passado de seus auxiliares secundários. Recentemente há casos em que esses discursos, saberes e práticas têm produzido ranhuras importantes, embora localizadas, em sua hegemonia. Essas transformações têm sido analisadas sob o prisma da alternatividade paradigmática.

O paradigma que se contrapõe ao psiquiátrico tem sido designado com vários títulos dependendo dos momentos e contextos históricos em que é exercido: "Práticas alternativas à Psiquiatria", "Reforma Psiquiátrica", "Atenção Psicossocial". O fundamental é considerarmos que esse conjunto de ações configura-se já, neste momento histórico, como um paradigma alternativo; enunciação de outra forma possível de hegemonia no campo da Atenção ao sofrimento psíquico (Costa-Rosa, 2000).

Um dos aspectos que definem radicalmente sua alternatividade é o fato de ele conjugar os interesses básicos de outro grupo social presente nessas instituições. Esse bloco de interesses tem estado historicamente identificado com os interesses dos chamados usuários, na realidade os verdadeiros sujeitos das instituições. O Paradigma Psicossocial (PPS) também tem relação muito mais direta com as pulsações instituintes veiculadas por esses sujeitos e seu contexto histórico, do que com os interesses instituídos veiculados pelas dimensões ideológica e imaginária que atravessam os atos de instituir nesse campo. Sua lógica – expressa por concepções teóricas, técnicas, ideológicas e éticas –, seus ideais, e os interesses que visa, são contraditórios com os do PPHM.

A partir de uma análise do estado global do jogo de forças no campo da Saúde Mental, no contexto brasileiro, não é difícil demonstrar que, no momento atual, o bloco de interesses que se conjuga no PPS ainda é subordinado em relação ao bloco conjugado no PPHM. Embora devamos notar que ele está bastante bem configurado no ideário e já se expresse no exercício de um conjunto de práticas bastante significativo e crescente: Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps), Oficinas e Cooperativas, Residências Autogeridas, entre outras, que são componentes importantes da política oficial do Ministério da Saúde para o setor (Brasil, 2004a). É necessário dizer que os interesses dos "usuários" têm papel secundário no PPHM, pois nesse modo de organizar a instituição e em seus processos pro-

dutivos prevalecem os objetivos de realização da mais-valia tal como ela ocorre na produção comum, e da reprodução das relações sociais e intersubjetivas típicas da dessa produção.

Já há alguns anos tem sido proposta a denominação de Modo Psicossocial para o conjunto de práticas que compõem o paradigma alternativo, que se propõe a ser substitutivo ao PPHM (Costa-Rosa, 1992, 1999, 2000; Costa-Rosa et al., 2003). Uma das razões principais dessa denominação decorre de ele ter incorporado uma série de concepções de outros campos de saber como o materialismo histórico, a psicanálise, a psicologia social e as ciências sociais, e da própria filosofia; além das contribuições originadas diretamente das experiências "Alternativas à Psiquiatria" (Fleming, 1976). Essas influências permitem que ele se proponha a considerar os fatores psíquicos e socioculturais como essenciais, tanto na configuração dos problemas quanto na confecção dos meios de sua resolução, sem excluir possíveis aspectos orgânicos e a utilização da medicação contanto que subordinada à sua lógica paradigmática. Outra razão importante dessa denominação decorreu do fato de que os primeiros dispositivos para tratamento do sofrimento psíquico, alternativos ao PPHM, implantados em São Paulo, foram associados ao significante "psicossocial": Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Núcleos de Apoio Psicossocial (Naps) (Costa-Rosa et al., 2003).

Como vamos indicando neste trabalho, uma análise mais detalhada desses dois paradigmas não terá dificuldades em demonstrar que a natureza da produção e dos produtos que está em jogo em cada um deles é essencialmente diferente, a ponto de poderem ser considerados alternativos no sentido dialético, isto é, contraditórios. Cada um desses paradigmas imprime direções contraditórias para a teoria, a técnica e a ética; determinando, em consequência, modos antagônicos de produção de subjetividade (subjetividade capitalística e subjetividade singularizada), e realizando diferencialmente a relação entre produção de subjetividade e "produção de saúde", cujos efeitos, para o sujeito que recorre à ajuda psíquica, são também antagônicos em termos terapêuticos e éticos.

Vale a pena esclarecer que o fato de priorizarmos neste trabalho a dimensão molar do dispositivo institucional, às vezes correndo o risco de parecer que a concebemos como num plano de transcendência, não deve significar que definimos a instituição exclusivamente como composta dessa forma.

Na própria concepção anteriormente expressa de sua gênese está posta a hipótese de uma simultânea concepção molar e rizomática, portanto abrangendo fundamentalmente os processos micropolíticos. Apenas nossos objetivos imediatos neste trabalho nos convidam a pôr em foco a dimensão molar, ou seja, a necessidade de fazer uma análise paradigmática dos processos de produção de saúde e subjetividade, e apresentá-la em forma de teses aos participantes das instituições, trabalhadores e sujeitos do sofrimento. Os processos moleculares, microfísicos, são considerados fundamentais; imprescindíveis quando operamos em intercessões nas instituições utilizando os referenciais da Análise Institucional (Lapassade, 1971; Lourau, 1975; Guattari, 1981). A Análise Institucional nessa vertente teórica nada mais é que uma intercessão no plano institucional de imanência. A análise dos planos moleculares pode funcionar como uma bússola imprescindível da ação micropolítica.

As funções produtivas das instituições de Atenção ao sofrimento psíquico

Dada a natureza de um discurso ideológico (formação linguareira de aspiração totalizante), e a função que ele ocupa na instituição como Formação Social particular, é possível deduzir que o discurso institucional tende a explicitar, sobretudo, as funções positivas do dispositivo. Portanto, até mesmo uma interpretação desse discurso e das suas relações com os saberes e as práticas nos permite o acesso a outras funções institucionais que, utilizando as referências da dialética, chamarei "suas funções negativas" (para Hegel (1974), as transformações advêm do trabalho do negativo, que na versão marxiana, como sabemos, é o que há de mais positivo). Esclareçamos também, de passagem, que, analisando desse modo as funções institucionais, operamos um tipo de Análise Institucional *in vitro* (Lourau, 1975).

Tomemos o caso da instituição típica para tratamento do sofrimento psíquico – que neste momento histórico assume várias fisionomias como: Hospital Psiquiátrico, Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial (Caps) e Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps). Depois da análise encontramos as seguintes funções, bem delimitadas: uma função positiva, que se expressa no discurso institucional como função oficial: atenuar ou remover sofrimento e sintomas, proteger o indivíduo e a sociedade

dos efeitos do sofrimento psíquico, reintegrar socialmente os indivíduos, tratar e curar, entre outros termos; e uma função negativa, que na realidade se subdivide em três.

A primeira subfunção negativa consiste justamente na produção de mais-valia, a exemplo das instituições da produção comum: mais especificamente devemos considerar que as instituições de Saúde Mental atuam na realização da mais-valia, através da utilização dos produtos de outras instituições, por exemplo, químico-farmacêuticas, hospitalares e editoriais. Não se deve desconsiderar a importância dessa função como fator determinante das características da ação do dispositivo institucional sobre seu "objeto". Nela parece expressar-se uma característica importante das instituições no Modo Capitalista de Produção (MCP), de acordo com Marx (1975): a tendência à sintonia entre ideologia dominante e tecnologia dominante. Essa sintonia fica absolutamente evidente entre as concepções do sofrimento psíquico do PPHM e os avanços tecnológicos da indústria químico-farmacêutica; entretanto, não deixa de se manter nas práticas da Psiquiatria dita renovada. Já vimos também que essa sintonia é correlativa de outra bastante onerosa no campo do sofrimento psíquico: homologia entre os MCP e o PPHM.

A segunda subfunção negativa é uma que merece o maior destaque pela natureza dos efeitos que produz. Trata-se da reprodução das relações sociais e intersubjetivas dominantes, ou seja, as mesmas relações sociais da produção de mais-valia; basicamente relações verticais de domínio e subordinação. Podemos considerar, sem dúvida, que é através dessa função institucional que se opera uma das formas da produção que é mais letal aos interesses dos "usuários" nas práticas da Saúde Mental Coletiva; sustentamos a hipótese de que a dominância dessa função produtiva é um dos aspectos mais sutis que definem a consistência do PPHM neste momento histórico. Trata-se da modalidade de produção de subjetividade serializada, ou subjetividade capitalística. Pode-se demonstrar que no PPHM (que está muito longe de ser patrimônio exclusivo dos psiquiatras) há a produção de um excedente do ato produtivo que tem as características da mais-valia, sob uma forma peculiar, cuja "apropriação" também é feita pelos "interesses dominantes". Ou seja, ao produzir o "produto" nomeado positivamente no discurso da instituição (saúde, tratamento, cura etc.) produz-se uma forma de subjetividade que é a própria reprodução das relações sociais

dominantes (sapientes-ignorantes, supridos-carentes, dominantes-subordinados, mandantes-obedientes, loucos-sãos, usuários-sujeitos etc.); essa reprodução é definidora dos modos da Formação Social em que se origina grande parte dos impasses que recorrem às instituições de tratamento psíquico. Uma análise mais aprofundada dessa função institucional pode ser realizada a partir da aplicação da teoria dos discursos como laços sociais, de Lacan (Clavreul, 1983), deixando ainda mais evidente os efeitos iatrogênicos do ato de "produzir saúde, nesse caso".[5]

A terceira subfunção negativa é a mais cara aos interesses subordinados na instituição de Saúde Mental, também devido à natureza de seus efeitos. Trata-se da capacidade que têm as instituições, decorrente da segmentaridade das pulsações que as constituem, de se contraporem, através de suas práticas, às relações sociais estabelecidas, exercitando a possibilidade de outras formas de relação: especialmente formas novas que têm a ver com a dimensão instituinte presente, muitas vezes, no sofrimento que "quer se tratar". Essas novas formas de relação podem ou não chegar a ser referidas no discurso, porém seu primeiro âmbito de ocorrência é o das práticas. Às vezes sua manifestação é totalmente indireta, por exemplo, persistência do sofrimento para além de todas as ações terapêuticas oficiais; digamos que se trata propriamente de demandas de produção da diferença, a partir daquilo que, da Demanda Social, se expressa como novidade. Outras vezes essas formas novas de relações sociais se dão já a partir de exigências de outras contribuições que se contrapõem explicitamente ao paradigma psiquiátrico. É o caso, num dado momento histórico, das contribuições baseadas nas técnicas e éticas da Psicoterapia Institucional, Antipsiquiatria, da

5 A complexidade da questão exige uma pequena digressão a fim de expressar mais claramente o que se passa. Teríamos que começar afirmando que para o discurso oficial do PPHM, o sofrimento psíquico é imediatamente recortado como doença, dentro do clássico princípio médico "doença-cura", portanto sem qualquer relação com eventuais pulsações instituintes de interesses socialmente subordinados ou pulsações desejantes. Por isso, aí não se entende que a definição de saúde psíquica não aceita, sem consequências desastrosas, o recorte objetivo que, embora também aí questionado, ainda é comum fazer-se na Saúde geral. Não consideram, portanto, que em consequência disso, possam variar radicalmente as concepções e definições do processo "promoção-saúde-adoecimento-cuidado" (Pain et al., 2000, p.78). Essa forma de conceber os impasses psíquicos e seu tratamento também impede que se considere a instituição como um importante meio de tratamento e não apenas um local onde ele pode ocorrer. Embora essa questão tenha constado na ata das ações internacionais da psiquiatria Reformada.

psicanálise, do materialismo histórico, da Psiquiatria Democrática, entre outras (Fleming, 1976). Nesse exercício de novas formas de relação social e intersubjetiva encontra-se a forma da produção que nos é mais cara, uma espécie de capital-ouro da práxis que se contrapõe ao PPHM, dominante. Podemos designá-la como produção de subjetividade singularizada, por partir do sujeito como agente produtivo por excelência. Dessa terceira função negativa depende a possibilidade da instituição se transformar na direção dos interesses mais genuínos de que ela é um efeito no Processo de Estratégia de Hegemonia . Interesses para nós coincidentes com os dos sujeitos que procuram ajuda nessas instituições, na medida em que congregam as pulsações instituintes que estão presentes nas manifestações de sofrimento psíquico; entendido, esse, como efeito dos processos de subjetivação dos conflitos e contradições em relação aos quais e pelos quais esses sujeitos são atravessadores-atravessados. Pode-se demonstrar que aqui há igualmente a produção de um excedente do ato produtivo (em Saúde) do qual só podem apropriar-se os indivíduos diretamente interessados: os sujeitos identificados como "usuários", os agentes institucionais e a população do Território. Pois é no próprio ato de produzir um laço social, que é o oposto do Discurso Médico no PPHM, que se pode dar a apropriação do saber novo como próprio, e que se pode pôr em ação relações sociais e intersubjetivas horizontais; bases para a protagonização necessária da produção--apropriação desse saber. Na realidade, nessa terceira subfunção institucional redefine-se o processo de produção, que já não aceita qualquer cisão entre quem produz e os meios e fins da produção, e entre os atos produtores e os atos de apropriação daquilo que é produzido.

Essa função institucional também nos demonstra cabalmente que, quando se trata do sofrimento psíquico, não se pode fazer disjunção entre "produção de saúde" e produção de subjetividade.

Essas teses são suficientes para justificar a colocação das questões essenciais a respeito da singularidade do campo de produção em saúde psíquica: quem é o produtor essencial? Qual a especificidade do processo de produção (relações entre meios, fins, "produto", excedente produtivo, modos de apropriação)? Qual o limite da separação entre fazer e pensar neste contexto? Entre outras. Algumas dessas questões podem ser desdobradas para o contexto da Saúde, que para nós subsume também a dimensão psíquica e subjetiva.

A instituição é um intermediário necessário, a forma da intermediação é contingente

Tal como na produção em geral, a questão crucial para as práticas de Atenção ao sofrimento psíquico em nosso contexto e momento históricos é a separação entre o trabalhador e os meios/instrumentos da produção. Decorre disso que os trabalhadores, para produzirem, também têm que se recombinar com os meios de trabalho. Para isso, porém, precisam apelar a um intermediário que é dono dos meios de produção e remunerador direto da força de trabalho. Sejamos mais precisos. Apesar da especificidade do campo da Atenção ao sofrimento psíquico como setor produtivo, e da singularidade dos seus "produtos" – saudessubjetividade – a lógica geral pela qual ele se rege, em uma de suas modalidades dominantes, é a do Modo Capitalista de Produção (MCP).[6] Esse intermediador necessário, quando se trata da Saúde Coletiva, é o Estado, que assume as feições da própria instituição como intermediadora da relação entre trabalhadores da institui-

6 Como poderemos caracterizar esse Modo de Produção a que Marx chama capitalista ou burguês moderno? Pela comparação com os Modos de Produção que o antecedem podemos ver de imediato que há uma separação entre a força de trabalho e os demais meios de produção; trabalho e condições objetivas de trabalho aparecem agora como pertencentes a diferentes proprietários. Em resumo, o trabalhador ainda é o dono da força de trabalho, mas já não é proprietário dos outros meios de produção. No caso do trabalho em Saúde Mental considerado, a princípio, estritamente desse ponto de vista, é possível notar que as condições objetivas incluem também as próprias "condições subjetivas" (formação e psicoterapia). Essas são objetivadas como meios comuns do trabalho, e às vezes remetidas à incumbência do intermediário, que comumente não as reconhece desse modo, instalando-se uma espécie de alienação do trabalhador que lhe custa muito caro, e mais, ainda, à população que utiliza a instituição. Podemos ver também que a cooperação e a divisão social do trabalho se organizam em prol de uma produção que já não visa apenas a produção de "valores-de-uso". Ao contrário é a outra dimensão dos produtos elucidada por Marx (s. d.): o valor de troca, que faz a sua razão de ser. No MCP já não é o consumo em si que é a razão de ser da produção, mas a troca, pois é através dela que se drena para as mãos dos proprietários dos meios de produção, o excedente da produção gerado pelo trabalho, também designado por Marx como mais valia. No Modo Capitalista de Produção o excedente produzido, criado pela força de trabalho acima do necessário, já não é mais objeto da apropriação coletiva, mas apenas de um dos polos de interesses presentes no campo social e no processo de produção. A análise mais ampla de Marx consiste em mostrar que nessas transformações sociais, de que resulta o Modo Capitalista de Produção, destaca-se a separação entre proprietários da força de trabalho (o trabalho) e proprietários dos meios de produção (o capital); já foi indicado como essa característica marca de forma drástica a natureza do Modo de Produção e da relação dos produtores com o produto do seu trabalho no campo da Saúde; alterando radicalmente o próprio processo de produção e de apropriação e de seus efeitos produtivos, sobretudo as relações de apropriação.

ção e usuários de seus serviços. A instituição, como vimos, possui várias funções produtivas capazes de se atualizarem simultaneamente em cada ato de produção.

Essa intermediação necessária faz que não haja ato produtivo puro; a inextricabilidade entre ato de produção e ato de "consumo do produto", no campo da Atenção ao sofrimento psíquico, faz que aí a "produção" seja altamente sensível às formas da intermediação. Daí a proposição de que a forma da organização da instituição como dispositivo deva ser um foco particularmente importante de cuidado na consideração do processo de produção em questão. Se a instituição se organiza segundo as características do MCP ou segundo uma forma capaz de driblar os efeitos desse Modo de Produção (modos cooperados, cogeridos e autogeridos), isso será decisivo pra a resultante dos seus atos produtivos. Ou seja, mudarão radicalmente num caso e noutro a natureza da produção, dos "produtos", do excedente produtivo, quem dele se apropria e de que forma.

A hipótese que se pretende demonstrar neste trabalho, dada a intermediação necessária da instituição nas práticas de Atenção ao sofrimento psíquico, é que a produção e o "produto" que interessam aos sujeitos da instituição, população e trabalhadores, supõem a neutralização das características de MCP sob a qual se organizam esses dispositivos institucionais no PPHM; ou seja, não se pode excluir o intermediário, mas pode-se transformar radicalmente a forma da intermediação. Essa hipótese é autorizada pelo fato de estarmos no campo da Saúde. Aqui, por economia de complexos desdobramentos históricos e teóricos, a própria realidade do campo da Saúde dá o apoio necessário para trabalhar na direção de nossa hipótese. Os movimentos sociais que têm lutado pela ampliação e transformação do campo da Saúde, encarnados na Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica não têm deixado escapar esse aspecto. A participação popular no planejamento, gestão e controle, no setor da Saúde – através dos Conselhos de Saúde, dos Conselhos de Cogestão dos dispositivos institucionais e das associações de "usuários" e familiares – visa e permite justamente a transformação do modo das relações intrainstitucionais na direção oposta ao funcionamento das instituições características do MCP: de heterogestão para cogestão e autogestão. A neutralização do MCP, como forma de intermediação nos atos de produção de saúde psíquica, deverá passar pela superação das relações sociais intrainstitucionais verticais e sua substituição por processos

cooperados de gestão do dispositivo e do processo de trabalho, como bases imprescindíveis para a produção da subjetividade singularizada.

A instituição de que nos ocupamos é uma Formação Social surgida em determinado momento histórico para "responder" a efeitos específicos da Demanda Social, ou seja, pulsações determinadas ou fortemente influenciadas pelas pulsações e pelas contradições presentes na própria sociedade. Essas pulsações foram primeiramente filtradas, nas sociedades ocidentais, sob a perspectiva da loucura redefinida como doença mental seguindo os padrões vigentes da prática médica na época. Historicamente essa instituição assume várias fisionomias que revelam longevidade e capacidade de sobreviver e conviver. Nossa análise visa mostrar que a aparente diversidade, quanto ao essencial, pode ser sintetizada em duas modalidades paradigmáticas básicas; sobretudo, considerando como foco suas funções sociais produtivas. Como Formações Sociais complexas, essas instituições são caracterizadas pela segmentaridade quanto a valores e interesses sociais que conjugam, e quanto às funções com que veiculam a realização deles. Vimos também que essa segmentaridade se desdobra através de uma superposição de funções dentro de cada dispositivo e mesmo dentro de um único ato produtivo. Essa hermenêutica a que submetemos a instituição, claramente distinta de uma Análise Institucional (Lourau, 1975; Altoé, 2004), permitiu distinguir aspectos que, *in vivo,* nem sempre é possível ter tão claramente presentes.

Para esclarecer alguns aspectos dos componentes do processo de produção nesse contexto, as suas modalidades e consequências em termos terapêuticos e éticos, designamos dois paradigmas principais que, rigorosamente, já se encontram presentes desde a gênese dessas instituições, embora em composições e arranjos bastante diferenciados conforme o momento e o contexto histórico que as encontramos. Em suas configurações atuais pode-se nomeá-los "Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador" e "Paradigma Psicossocial", por razões ao menos sinteticamente fundamentadas. Propor a síntese dessa variabilidade em dois paradigmas fica autorizado a partir de nosso método de análise, mas é também um componente de nossa tática de trabalhador do campo: a ética que preside a nossa pesquisa e a análise crítica das instituições de Saúde Mental não se alinha com nenhuma tese sobre a neutralidade do conhecimento.

Procuramos indicar os diferentes Modos de Produção como consequências radicalmente diferentes em termos sociais e para os sujeitos dessas ins-

tituições: trabalhadores e "usuários", tanto em termos dos efeitos terapêuticos de suas práticas quanto das implicações éticas desses efeitos. Como se manifesta a clássica iatrogenia das práticas terapêuticas nesse campo? Que soluções são dadas aos impasses? Considera-se ou não a relação desses impasses com os contextos sociais, familiares e subjetivos dos indivíduos e grupos que procuram essas instituições? Os efeitos dessas práticas contentam-se com a adaptação, ou permitem aos indivíduos algum deslocamento nas/das conjunturas conflitivas e contraditórias, sociais e subjetivas, em que se produzem e revelam esses impasses?

Tentemos organizar aqui o raciocínio em forma de teses:

- Tese 1: o PPHM é corolário necessário do MCP, o que se revela pela dissintonia entre saúde psíquica e subjetividade, isto é, esse modo da Atenção concebe a possibilidade de um sujeito simultaneamente saudável e alienado. Pode se dizer também que pretende interferir nos processos de subjetivação fazendo curto-circuito da subjetividade.
- Tese 2: as relações intrainstitucionais são necessariamente transladadas para as relações da instituição com os "usuários" e a população. Algumas das razões desse fato são imaginárias (repetição, por inércia, de vínculos organizadores da visão de mundo e do recalcado como forma de transferir suas afetações para o outro), outras têm consistência real, isto é, são estruturais: dependem da congruência necessária entre a forma de organização do dispositivo de produção e o modo do processo de produção por ele e nele empreendido.
- Tese 3: produzir saúde psíquica é também produzir subjetividade – operar em e com relações intersubjetivas e simultaneamente por meio delas. Ou seja, não se pode dissociar "produto" e Modo de Produção desse "produto" sem cair em aberrações como a de supor a produção de saúde dissociada de sua apropriação. Isso é possível e legítimo apenas para a ética do PPHM.
- Tese 4: a definição de saúde psíquica que interessa aos "usuários" e aos trabalhadores, sujeitos das instituições, expressa no Paradigma Psicossocial, exige sintonia entre produção de saúde e produção de subjetividade, quanto ao Modo de Produção.
- Tese 5: a sintonia só pode ser almejada na base da superação de hierarquias de poder e saber – neutralização das ofertas de possibilidade

de transferência "autoritárias" e carismáticas. Só dessa forma estarão criadas as condições para a "crítica", por parte dos trabalhadores da instituição, das suposições imaginárias que regem as formas iniciais dos vínculos intersubjetivos e de transferência de saber operados pela população que recorre à instituição. Suposições de que existe um grande outro supridor, isto é, a ideia de que aquilo de que se necessita e se deseja é realizável em termos de suprimentos medicamentosos, de suprimentos de saber, de poder ou sob quaisquer outras formas.

- Tese 6: a ética da clínica ampliada na Atenção Psicossocial não dá margem a quaisquer dúvidas a respeito da necessidade de superação das relações intrainstitucionais verticalizadas do dispositivo institucional que sempre opera como intermediário: de relações verticais para relações horizontais/transversais, de relações capitalísticas para relações cooperadas, de relações "colonizadoras" para relações de parceria na busca do saber e do poder, de relações com o saber ou conhecimento enciclopédico para relações com o saber do sujeito e de sujeito ("não sabido" e inconsciente).

Apesar das transformações no ideário e na legislação, operadas pelos movimentos sociais no campo da Saúde, a forma dominante atual das instituições de Saúde Mental, como intermediário, ainda é a do MCP. Pode-se demonstrar que essa forma de organização está em sintonia com as características do PPHM, cujo efeito é produção de saúde como "reposição de suprimentos" e como produção (inadvertida?) de subjetividade serializada. Ou seja, onde domina o MCP predomina o PPHM. Sob esse prisma pode-se ver mais um aspecto sutil do "mandato" social de que tanto se critica o PPHM, confundido com a própria psiquiatria.

O Paradigma Psicossocial supõe o avanço na superação das características do MCP presentes no dispositivo institucional, deslocando para seu lugar um modo do processo de produção capaz de superar os efeitos principais do MCP, instalando a organização do dispositivo institucional e a produção de Atenção em moldes cooperados. Por não distinguir saúde psíquica de subjetividade, sua definição de saúde coincide com a de produção da subjetividade singularizada. No estado dado das contradições entre os interesses e valores representados pelo PPHM e os representados pelo PPS essa produção ainda ocorre mais por ocupação das brechas abertas no modo

hegemônico. Por constituir estruturalmente o excedente revolucionário do ato produtivo das instituições de Saúde Mental como tais, a produção por ocupação de brechas no instituído deve ser considerada o "capital-ouro" dos interesses dos sujeitos do sofrimento e dos trabalhadores, também sujeitos da instituição.

A produção de subjetividade singularizada deve ser entendida concretamente e não como quimera em mundos transcendentes. Definamos a saúde psíquica não mais como um estado, mas como um processo, e mais especificamente como um processo de produção de subjetividade e de subjetivação. É necessário sublinhar que não se trata de um processo de produção sobre os sujeitos do sofrimento, mas um processo no qual eles são participantes diretos e protagonistas. A partir disso não teremos tanta dificuldade em compreender que produção de subjetividade singularizada envolve um processo, certamente difícil e complexo, de estar implicado subjetiva e socialmente nos conflitos e contradições que se atravessa, e pelos quais se é atravessado. Essa implicação resulta necessariamente que se deixe de ser apenas objeto de um assujeitamento que gera sofrimento em excesso, para tornar-se um sujeito capaz de produzir deslocamentos nesses impasses e no posicionamento ocupado na relação com eles. Para isso o sujeito deve ser concebido muito além do indivíduo; homem que constrói seu cotidiano em condições dadas e também "sujeito do sentido", sujeito do inconsciente.

No Paradigma Psicossocial não se deve conceber o excesso de sofrimento que se encarna em pedidos de ajuda como o único nem o mais importante componente da Demanda Social. A dimensão instituinte dessa, veiculada nos pedidos de ajuda e expressa no sofrimento, é um dos componentes essenciais a serem (re)recuperados para a "saúde" que interessa produzir aos sujeitos dessas instituições. Ou seja, é preciso recuperar a dimensão "crítica" das crises. E se toda a crise critica o contexto em que ela ocorre, parte dela deve pretender operar como vetor que visa transformações capazes de retornarem sobre o contexto; por mais difícil, e mesmo inicialmente impensável, que isso seja. Então devemos compreender que o reposicionamento do sujeito, que colocamos no cerne de nossa definição de saúde psíquica, envolve ações que estão muito além dos sujeitos diretamente identificados pelas crises – ações setoriais, intersetoriais, transsetoriais; intersubjetivas e transsubjetivas.

Características paradigmáticas da instituição de Saúde Mental e seus Modos de Produção

Para uma análise mais detalhada das instituições de Atenção ao sofrimento psíquico como dispositivos ou aparelhos de produção – as chamadas simplesmente instituições de Saúde Mental – é interessante propor ainda o exame de quatro parâmetros componentes básicos; elementos que considero mínimos para podermos analisar a consistência e os modos da sua produção em termos paradigmáticos. Centramos nosso foco nas instituições do campo da Saúde Mental Coletiva (SMC), porem não há dúvida de que a estrutura e o modo desta análise podem produzir efeitos preciosos também para a compreensão das instituições de Saúde em geral. De imediato, convém iniciar com algumas considerações sobre o sentido atribuído ao conceito de paradigma, tentando transpô-lo para nossos objetivos, a partir da primeira noção importada do campo da filosofia.

O conceito de paradigma: aplicação ao campo da Atenção ao sofrimento psíquico

A referência fundamental para a discussão do conceito de paradigma continua sendo Thomas Kuhn (1978, p.13): "Considero paradigmas as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência".

Pain e Almeida Filho (2000, p.31) retomam: "[...] conjunto de noções, pressuposições e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais que serve de referencial para a ação".

Santos (2000, p.15-6) acrescenta: "[...] a morte de um dado paradigma traz dentro de si o paradigma que lhe há de suceder [...] a transição paradigmática tem várias dimensões que evoluem em ritmos desiguais".

Essas noções vão nos fornecer a base conceitual para a definição de paradigmas na Saúde Mental Coletiva. É necessário começar dizendo que o pensamento de Kuhn ainda é não dialético, pois considera que vige um paradigma ou outro; a passagem de um ao outro dando-se, somente, por cortes, como se esses não fossem gerados pela própria luta paradigmática. Para

ele, rigorosamente, toda a ciência se exerce segundo um único paradigma nos mesmos espaço e tempo.

Pain e Almeida Filho (2000), pensando em corrigir o uso vulgar do termo paradigma, insistem na definição kuhniana, mas já vão além quando substituem "comunidade de praticantes" por "segmento de praticantes"; também dão um passo importante quando colocam o paradigma como referencial para a ação, o que subentende qualquer práxis, para lá daquela propriamente científica. Além disso, creio que colocam uma questão pertinente a respeito da composição e consistência de um paradigma, ou seja, avançam na definição do conjunto paradigmático e de sua diferenciação daquilo que é elemento do conjunto. Equacionando os termos do problema, entretanto, deixam em aberto sua solução, parecendo fazer do termo paradigma um uso muito semelhante ao criticado.

Para Santos (2000) os paradigmas emergem, submergem, convivem; a transição paradigmática pode ser uma luta prolongada pela hegemonia de um paradigma sobre os demais. Essa ideia nos é bastante cara, pois reintroduz a dimensão dialética da unidade e luta de contrários.

Nós aprendemos dos campos da Saúde e da Saúde Mental Coletiva ainda outra concepção de paradigma: conjuntos articulados de valores e interesses que se estratificam, criam dispositivos (leves e pesados) e podem chegar à polarização. A polarização desses conjuntos de interesses e valores deixa indisfarçável sua função de peças no Processo de Estratégia de Hegemonia, ou seja, de blocos organizados de interesses e valores sociais específicos que se articulam em contradição dialética. Essa polarização pode chegar à configuração bem nítida de paradigmas contrários que se digladiam durante tempos indeterminados, até chegarem à substituição de um pelo outro; situação em que poderíamos visualizar um corte maior.

Segundo a concepção que pretendemos propor, pode-se dizer que aquilo que Kuhn chama de paradigma é apenas a configuração dominante visível de um dos paradigmas em ação no campo em questão; do mesmo modo que a ciência, como campo de paradigmas, é também apenas uma parte do campo socioeconômico-cultural e político.

Tanto a dialética quanto o campo da Saúde parecem evidenciar que qualquer paradigma emergente, e não apenas aquele que morre como afirma Santos (2000), já traz, em germe, o seu contraditório – isso no caso da Saúde Mental Coletiva é consequência da própria definição da instituição

como Formação Social específica em que estão presentes, desde a origem, aspectos instituintes e instituídos. Ou seja, concebe-se que a própria realidade concreta se estrutura de modo complexo como um contínuo segmentar em luta constante.

A história efetiva da práxis em Saúde Mental Coletiva mostra que o PPHM e o PPS, seu contraditório, nascem juntos, embora este só mais tarde se eleve à categoria de estratégia no processo de hegemonia (PEH). O mesmo ocorre na esfera da Saúde em que o Paradigma da Produção Social da Saúde já nasce simultaneamente com o Paradigma Assistencial Privatista Medicamentoso (flexneriano). Embora esse permaneça hegemônico até nossos dias, há estratégias de confronto radical postas em ação pelos agentes do Movimento da Reforma Sanitária (Mendes, 1999).

Quanto à questão levantada por Paim e Almeida Filho (2000) sobre o que é o paradigma e o que é elemento do paradigma, indevidamente denotado por esse conceito, proponho seu equacionamento com a definição de paradigma propriamente dito, de componente de paradigma, e daquilo que é componente de componente. Ou seja, o que é conjunto, o que é elemento de conjunto e o que é componente de elemento de conjunto. Proponho a definição de paradigma no campo da Saúde Mental Coletiva como um conjunto articulado e mínimo de quatro parâmetros, conforme veremos a seguir. O modo do paradigma dependerá da configuração assumida por cada um desses parâmetros num dado contexto e momento históricos (Costa-Rosa, 2000).

Por exemplo, ao definirmos a concepção de "objeto" e dos "meios" para lidar com ele, como um desses quatro parâmetros que compõem o paradigma, será fácil vermos que os princípios "doença-cura", "existência-sofrimento" e interdisciplinaridade, por exemplo, são componentes desse parâmetro do paradigma. Por outro lado, modos "taylorista"[7] e "cooperado" da divisão do trabalho da equipe são componentes da interdisciplinaridade, portanto, componentes de componente. Desse modo, vê-se que seria impróprio falar em paradigma "doença-cura" ou paradigma taylorista da

7 Ao nome de Taylor está associada a divisão parcelada do trabalho, que ficou mais conhecida como "linha de montagem" na produção de mercadorias. A mesma divisão do trabalho parece estar presente numa versão importante das ações em Saúde Mental da chamada equipe interprofissional atuando nos moldes do preventivismo como uma versão modificada do PPHM (Costa-Rosa, 1987).

divisão do trabalho em Saúde, por exemplo, como é comum fazer-se, dando margem a confusões desnecessárias. "Doença-cura" é um princípio ou postulado da concepção de saúde-adoecimento e "taylorista" é apenas um modo do processo da divisão do trabalho, ambos pertencem ao parâmetro um do paradigma em Saúde Mental Coletiva: "concepção do 'objeto' e dos 'meios' para lidar com ele".

Vale a pena sublinhar um ponto fundamental: se os paradigmas são, por definição, sempre mais de um, e eles estão necessariamente em luta pela hegemonia; os parâmetros que compõem os paradigmas também têm sempre mais de um modo de ser. Esses modos de ser expressam, claramente ou não, a fisionomia paradigmática visível/dizível num determinado momento e contexto históricos. Ou seja, um determinado conjunto articulado de valores e interesses, embora presente numa determinada conjuntura, pode ainda não ser visível, mas isso não impede sua influência na ação que os paradigmas podem ter sobre a conjuntura em questão.

Os paradigmas, tais como propomos conceituá-los na Saúde Coletiva, não se referem apenas ao âmbito das práticas. Seu prisma é a práxis, por isso não distinguem *a priori* um corpo doutrinário para a dimensão científica e outro para a das práticas. Campo científico e campo das práticas são já resultantes da principal divisão do trabalho em nossa sociedade (Modo Capitalista de Produção): a separação braçal-intelectual/fazer-saber/planejar-executar, cuja análise crítica foi tomada como nosso ponto de partida neste estudo. Os paradigmas, como conjuntos ideologicamente articulados de valores e interesses expressos em saberes, práticas e discursos, são sempre, para nós, dispositivos de luta pela hegemonia. Basta-nos considerar o exemplo contemporâneo do paradigma dominante de ciência, flagrantemente associado ao Modo Capitalista de Produção, e a luta paradigmática que se trava, agora com alguma visibilidade, entre ele e o chamado paradigma da complexidade (Morim, 2003). Esse certamente remete a um Modo de Produção com características opostas às do Modo Capitalista de Produção.

Dois paradigmas e dois Modos de Produção na Atenção Psicossocial

Neste tópico, não poderei fazer uma análise exaustiva dos Modos de Produção no campo da Atenção ao sofrimento psíquico por questão de es-

paço; farei, entretanto, algumas observações a título de ilustração de uma análise possível, mas também necessária, para melhor esclarecer as características da Atenção Psicossocial e sua diferenciação radical em relação à Atenção realizada segundo os parâmetros do PPHM. Essa exemplificação procurará as características diferenciais dos dois paradigmas quanto a cada um dos quatro parâmetros fundamentais que consideramos seus componentes necessários mínimos.[8]

1. Concepção do "objeto" e dos "meios" de seu manuseio como fatores do Modo de Produção. No caso da instituição de Saúde Mental, trata-se das concepções do processo de produção saúde-adoecimento-Atenção, concepções de "cura", e das diferentes formas e meios terapêuticos; quanto a esse segundo aspecto, Merhy et al. (2002) falarão em tecnologias duras, leves, leve-duras. Mas nosso "objeto" está também profundamente relacionado com a dimensão dos efeitos da Demanda Social e da Demanda subjetiva, o que indica a sua consistência formal abstrata, portanto muito mais que empírica. Nosso "objeto" tem tudo a ver com a saúde como estado e modos da vida e da subjetividade, dado que visamos a dimensão psíquica e a sociocultural do homem, além da dimensão física. O estado da vida e da subjetividade pode ser bem ilustrado a partir de dois conceitos. O de cura (*Sorge*), como infinito projetar-se, infinito cuidar-se, do homem (Heidegger, 2006), e pelo conceito de simbólico, como infinito vir à luz de um sentido novo – os significantes mestres – em resposta às exigências da realidade e do real (Lacan, 1985, 1988, 1999).

---

8 Aqui pode ser bastante útil um esclarecimento sobre a relação dos quatro parâmetros mínimos que proponho como definidores do paradigma de produção na Saúde Mental – 1. concepções de "objeto" e dos "meios" de ação; 2. concepções das formas de organização do dispositivo institucional – formas das relações intrainstitucionais; 3. concepções das formas de relação Instituição-Território e população-instituição; e, 4. concepções dos efeitos terapêuticos e seus desdobramentos éticos – com as quatro categorias de análise da Reforma Psiquiátrica propostas por Amarante (1995) – transformações teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e culturais. Trata-se de duas modalidades de "categorias de análise" de estatuto teórico e epistemológico bem diferentes: análise lógico-histórica (estrutural), no primeiro caso, e análise histórica (conjuntural) no segundo. Isso nos indica que pode ser muito interessante e proveitosa a utilização das categorias de Amarante para análise de possíveis transformações em cada um dos parâmetros do paradigma, embora elas aparentemente não partam de uma análise paradigmática da Reforma Psiquiátrica.

No PPHM, o objeto definido é a doença, o sintoma, o conflito; ou, em momentos mais sofisticados, o processo saúde-doença. Os meios são os medicamentos, utilizados, via de regra, como resposta *a priori*. Nas diferentes reformulações de que os meios têm sido objeto, introduziu-se o trabalho da equipe interprofissional, geralmente na versão da divisão taylorizada do trabalho (Costa-Rosa, 1987). A relação dos "meios" com o "objeto" é de objetivação, objetificação. E que outro poderia ser o efeito de responder com a química, sem mediação simbólica, a demandas que, no sofrimento psíquico, não podem deixar de ser vistas como trazendo incluídos os processos de subjetivação? Isto é, são demandas expressas de suprimento, mas que carregam sempre uma subversão: demandas de produção de sentido novo que não escapam de ouvidos atentos.

Alguns dos seus efeitos produtivos do PPHM visíveis são: exclusão, clausura, medicalização, tamponamento, alienação, normalização, adaptação. O laço social e intersubjetivo sob o qual se opera a produção de saúde é verticalizante, e sua definição do resultado final dos atos produtivos – sem considerar sua relação com a produção de subjetividade – tornam evidente, à mais simples análise, que um dos efeitos de sua produção de saúde é a produção de subjetividade serializada, ou reprodutora do instituído, sintônica com uma definição de saúde como reposição de suprimentos variados: de neuroquímicos a suprimentos de sentido. O "objeto" é empírico, tomado no plano dos efeitos como tais, isto é, age-se diretamente sobre os sintomas.

No Paradigma Psicossocial o objeto pode ser definido como "o sujeito em sua 'existência-sofrimento'" (Rotelli et al., 1990); mas é também o sujeito em sua ex-sistência de sujeito "entre" significantes" (S1-$-S2) e como devir (desejante), ou seja, um sujeito do significante, um indivíduo com inconsciente, encarnado nas mais diversas figuras "sintomáticas". "Minha hipótese é a de que o indivíduo que é afetado pelo inconsciente é o mesmo que constitui o que chamo de sujeito de um significante" (Lacan, 1982, p.194); o sujeito é, portanto, também a emergência de sentido novo, sujeito como corte e bifurcação do sentido dado, instituído nos sintomas e demais impasses subjetivos. Da hipótese da existência do sujeito do inconsciente neste último sentido deriva-se uma consequência revolucionária: o inconsciente também é a produção dinâmica de sentido novo pelo próprio sujeito, único sentido capaz de dar conta do sofrimento que o acomete e da Demanda de subjetivação veiculada pelo sofrimento-sintoma – necessariamente

conectada à Demanda Social. Pode-se dizer, mesmo, que o sentido novo é o sujeito em movimento.

Deve-se também tirar as consequências da referida suplementaridade Heidegger-Lacan, para uma clínica na Atenção Psicossocial em que a (inter)locução seja a estratégia principal para entregar ao sujeito, em suas múltiplas determinações sociais e subjetivas, o protagonismo de que é proprietário inalienável. Isso deverá permitir-nos redefinir a Atenção como "cuidar-se".

Os meios de ação no PPS são múltiplos e variáveis conforme a situação, e conjugam-se em articulações interprofissionais integradas (cooperadas), em oposição à fragmentação taylorista. Discute-se o sentido e a práxis da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade como estratégias para superar o princípio sujeito-objeto herdado das especialidades, superação já operada pela psicanálise freudiana, uma das bases importantes da clínica ampliada na Atenção Psicossocial. Há também uma ênfase em ações articuladas em torno da dimensão estética e do trabalho como fatores de contratualidade social, de construção de si, e também de realização subjetiva e cultural; isso pode e deve levar a articulações intersetoriais no Território. A relação dos "meios" com o "objeto" é subjetivante e singularizante (Costa-Rosa, 2000). Decorre das características do próprio laço social, ou seja, do processo produtivo no campo da Atenção ao sofrimento psíquico, que a saúde e a subjetividade produzidas não se distingam. A concepção da produção de saúde como processos dinâmicos de subjetivação nos convida a pensar que estamos num Modo de Produção e dos seus efeitos produtivos cuja natureza é absolutamente singular. Produção de saúde (via Atenção), produção de subjetividade e de subjetivação singularizadas, expressam o Modo de Produção do PPS.

A ascensão do sujeito e da subjetividade à condição de protagonistas introduz a mais radical inflexão nas definições feitas até o momento pelas Disciplinas e pelas reformas da psiquiatria no modo de organizar este parâmetro do paradigma.

2. Modos de organização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais como um fator essencial das relações intersubjetivas possíveis, ou seja, do Modo de Produção de saúde e subjetividade. Aqui estão incluídos fluxos do poder decisório e de execução das funções institucionais, estru-

tura organogramática formal e informal, o modo da divisão do trabalho interprofissional e o modo das relações intersubjetivas em sentido amplo. Nesse âmbito da instituição atualizam-se numa primeira instância, e provavelmente do modo mais claro, as funções negativas principais da instituição (a segunda e a terceira): a reprodução das relações sociais dominantes, correspondentes ao PPHM, base da produção de saúde como *reposição* de suprimentos, e da produção de subjetividade serializada ou capitalística; e a produção de relações sociais instituintes, correspondentes ao PPS – horizontalização de relações intersubjetivas e interpessoais: bases da produção de saúde como *reposicionamento* do sujeito, e como processos de subjetivação, portanto como produção de subjetividade singularizada. Produção de relações sociais e intersubjetivas instituintes horizontais (transversais) atualizam a função produtiva da instituição mais relevante para os interesses socialmente subordinados nela presentes, isto é, interesses dos sujeitos do sofrimento e dos trabalhadores da instituição. A atualização dessa função produtiva do dispositivo é requisito necessário da produção de subjetividade singularizada, componente essencial da definição de saúde capaz de incluir os componentes instituintes originados na Demanda Social, sempre presentes nas queixas e pedidos. Nesse parâmetro do paradigma também estão incluídos de maneira destacada os modos de organização do arquitetônico, do mobiliário e de todo o instrumental técnico e teórico, como modos de expressão privilegiados das características da resultante do jogo de forças sociais atualizado nos Estabelecimentos em que se encarnam essas instituições. Essa dimensão material do dispositivo também é capaz de influenciar drasticamente, por si, os Modos de Produção. Não será difícil designar as formas diferenciais do arquitetônico, do mobiliário e das demais tecnologias sintônicas com a ética da produção de subjetividade serializada e singularizada. Isso decorre da relação necessária existente entre ideologia e tecnologia dominantes, a que já nos referimos; embora também seja verdade que a ideologia resiste ao avanço das tecnologias.

A análise das conquistas dos movimentos sociais expressos no Movimento Sanitário Brasileiro e no Movimento da Reforma Sanitária mostra que se tem dado destaque expressivo à exigência de transformações nesse âmbito, garantindo, como preceitos institucionais vigentes, a criação de Conselhos de Saúde e de Cogestão dos dispositivos institucionais. Instrumentos de participação dos sujeitos do sofrimento, dos familiares e da

população em geral, no planejamento, gestão e controle das práticas institucionais; e dos próprios trabalhadores da instituição. Esses conselhos, em funcionamento, são condição lógica necessária para a horizontalização das relações intrainstitucionais e interinstitucionais, e para a possibilidade da coprodução de projetos terapêuticos (Cunha, 2005). Também aqui será fácil demonstrar a função radical dessa horizontalização das relações intrainstitucionais para a conquista dos vínculos intersubjetivos capazes de produzir, como efeitos das práticas institucionais de Atenção e outras, as modalidades da subjetividade singularizada, indissociáveis da produção de "saúde" definida em sintonia com a ética do Paradigma Psicossocial.

3. Modos de relação da instituição com a clientela, a população e território, e a recíproca. Nesse parâmetro considera-se o modo como a instituição se apresenta e situa no espaço geográfico (Território), no imaginário (com que significantes e "gestos" ela se apresenta e dá a perceber no imaginário social) e no simbólico (até que ponto seus modos, instrumentos e meios têm alguma conexão com a possibilidade da instituição cumprir suas promessas), ou seja, até onde seus meios são capazes de responder também ao nível das pulsações da Demanda Social e não apenas ao das encomendas, definindo sua ação como práxis (Lacan, 1979). Também se considera aqui a relação segundo o vetor de sentido inverso: como a instituição é percebida pela população nos mesmos aspectos. A inclusão desse parâmetro como imprescindível à mínima configuração paradigmática decorre da hipótese da instituição como intermediário necessário do ato de produzir saúde individual ou coletiva pela via da Atenção, neste momento histórico; e dos efeitos radicalmente diferenciais que resultarão dos modos dos processos sob os quais pode dar-se essa produção. É desnecessário insistir na abissal diferença entre os efeitos do Modo Capitalista de Produção e os do Modo Cooperado quanto aos vínculos de trabalho entre trabalhadores da instituição e sujeitos do sofrimento, na produção da Atenção.

O modo como as instituições de Saúde Mental se localizam no território ainda está envolto em uma série de mal-entendidos e ambiguidades resultantes de heranças históricas, de tendências ideológicas, e também de confusões quanto à estratégia de organização dos dispositivos para responder às demandas da população. O caso do estado de São Paulo, para evocar apenas um exemplo, além do peso das heranças do Manicômio, sofre os

efeitos ideológicos e práticos do modelo preventivo-comunitário – primeira Reforma Psiquiátrica como política pública efetivamente implantada – que prosperou a partir da segunda metade da década de 1980. Após essa época o projeto estadual não sofreu a ação de outra política de Saúde Mental Coletiva, por parte do Estado, capaz de desalojar a herança preventivista.

Houve, entretanto, uma série de experiências municipais importantes, das quais vale destacar a do município de São Paulo, na primeira gestão do Partido dos Trabalhadores (Scarcelli, 1998); outras localizadas em diversas regiões do estado, após a municipalização da Saúde, como as dos municípios de Santos, Bauru e Campinas. Entretanto, permanece a interrogação quanto ao fato de elas terem sido ou não capazes de mudar a fisionomia preventivo-comunitária da organização dos dispositivos de Atenção ao sofrimento psíquico. O caso de Campinas é notável quanto a isso, e merece estudo pormenorizado sobre esse aspecto.

Para sintetizar nossas considerações a respeito desse parâmetro do paradigma é suficiente dizer que está em ação o confronto de dois modos principais de inserção dos dispositivos institucionais no Território, correspondentes ao PPHM e ao PPS, respectivamente: a organização estratificada por níveis primário, secundário e terciário, na qual os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são considerados instância intermediária;[9] e a inserção territorializada dos dispositivos, cujo exemplo maior nos foi dado pelo município de Santos ao fazer dos Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) primeiras instâncias responsáveis por todos os problemas de Saúde Mental do Território que lhes correspondia, mudando radicalmente toda a concepção da atenção estratificada por níveis, herdada do projeto preventivo-comunitário, em seu modelo de gestão municipal da Saúde.

O modo como atualmente o Ministério da Saúde concebe a função dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) no Território – eixo do projeto de Atenção ao sofrimento psíquico – também parece autorizar formas de organização territorializada da Atenção Psicossocial. Isso está plenamente de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) em implemen-

9 Em tempo, o Ministério da Saúde vem propondo nova diretriz que indica a pertinência do Caps constituir o eixo organizador das ações no território, tentando incorporar um dos aspectos mais radicais do dispositivo Naps, mas ainda não todos (Brasil, 2004a,b). Essa diretriz é revista, posteriormente, a partir da Estratégia Saúde da Família e da meta do matriciamento das situações de sofrimento psíquico a partir da Atenção Básica.

tação no país. Entretanto, os Caps como vêm atuando ainda não parecem ter introduzido modificações substanciais na relação população-instituição, que permanece profundamente marcada pela forma manicomial anterior, na qual a instituição assume a função de espaço depositário. Em outra direção, vale citar a experiência organizativa e territorial do município de Campinas, em São Paulo, que parece estar propondo algo paradigmaticamente novo para este aspecto da inserção no Território, a partir de uma integração da Atenção Psicossocial com a Estratégia de Saúde da Família (Campos, 1999; Figueiredo, 2006).

Quanto à representação da instituição no imaginário, pode-se dizer que ela também sofre o efeito de heranças mais ou menos malditas, significantes frequentemente repetidos que ainda atravessam a comunicação: psicopatas, loucos, Hospital Psiquiátrico, para se referir a instâncias (Estabelecimentos) que pretendem substituir o Manicômio e o próprio Hospital Psiquiátrico; para não falar de outras ocorrências mais sutis que tomam o conjunto das ações interprofissionais como sinônimos de remédio e médico. Todos esses significantes certamente interferem nos modos de expressão da Demanda Social e da Demanda subjetiva, e nas formas sob as quais os *sujeitos do sofrimento* realizam a "suposição de saber" na instituição e seus trabalhadores, por ocasião dos pedidos de ajuda. Há ainda o caso do significante "usuários" (da instituição) que merece uma análise particular pelas conotações que carrega. Basta observar, por exemplo, que esse significante é o mesmo para denotar os sujeitos do alcoolismo e da drogadição; porém, também é sabido que o significante "usuário" pretendeu deslocar os significantes "paciente" e "doente", considerados estigmatizadores e simultaneamente elevar os sujeitos do sofrimento ao estatuto de consumidores, inclusive ao abrigo do Código de Defesa do Consumidor. No conjunto desses significantes talvez seja pertinente destacar dois subconjuntos que expressam um aspecto radical da relação entre instituição e clientela: *lócus depositário e de administração de suprimentos versus lócus de interlocução*, correspondentes aos paradigmas contraditórios que estão em ação nessas instituições neste momento histórico, representações da oferta institucional, cuja pregnância e perdurabilidade passam a ser efeitos diretos das práticas realizadas no cotidiano.

No PPHM a instituição se apresenta de modo a reproduzir o vínculo que lhe é típico, reafirmando o sentido dos significantes com que é designada:

relação *entre loucos e sãos*, além de todas as formas de relações verticalizadas a que já nos referimos anteriormente; respondendo preponderantemente de forma medicamentosa mesmo às problemáticas de natureza psíquica, e às vezes até aos impasses de natureza social e do cotidiano. Não é desprezível também o efeito das ações de suprimento de sentido que podem ser dadas em certas formas de psicoterapias, e das ações de suprimento social, comumente realizadas. A contrapartida da população é tomar a instituição como espaço depositário e como agenciadora de suprimentos. Esse tipo de "oferta de relação transferencial" também se reflete no arquitetônico e no mobiliário, que expressam flagrantemente uma infinidade de barreiras à circulação dos sujeitos do sofrimento e da população, e à possibilidade do exercício da intersubjetividade horizontal (portas, balcões, filas, agendas, regras burocráticas).

O PPS exige que se ponha em exercício outra lógica e outras ações decorrentes da ética que o constitui. A instituição apresenta-se, e se situa como instância *de interlocução e de locução*: o valor recai sobre a palavra, o diálogo, a intersubjetividade, o saber do sujeito; abrem-se condições para a participação do sujeito na resolução dos seus problemas com um saber de criação consciente e inconsciente, e para a sua participação na definição dos modos de ser e funcionar da própria instituição. De *lócus* depositário e de suprimentos, transita-se na direção da função de instância de fala e escuta. Como efeito, recupera-se a dimensão da enunciação e da Demanda Social: é meta criar as condições complexas capazes de permitir que ressurjam, nas instituições, as pulsações desejantes e instituintes que, por definição, deram origem a queixas e pedidos, e neles estão presentes. Não há dúvida de que esse novo modo de relação não pode se dar em abstrato, num tubo de ensaio, isolado da realidade social ampla; embora nas circunstâncias atuais só possa ser exercido nas brechas abertas nas práticas dominantes do PPHM. Portanto, a parte mais importante e também mais difícil do exercício segundo a lógica e a ética do PPS é a contraposição aos significantes do PPHM e às praticas que lhe correspondem, num processo contínuo de desinstitucionalização.

Esse terceiro parâmetro componente do paradigma é um articulador fundamental da práxis institucional, pois a partir da diversidade das ações cotidianas, cria os operadores que configuram a forma da representatividade social da instituição no Território – o modo como é percebida pela

população. O que, por sua vez, é fator decisivo do modo como é percebido o sofrimento pelos que sofrem e do modo como são formulados por eles, e pela população, os pedidos de ajuda.

A forma da representatividade social da instituição no território interfere, portanto, nos modos dos vínculos transferenciais e outros, nas modalidades de manifestação inicial desses vínculos, operando como função fundamental dos processos de subjetivação que se pretenda pôr em ação no projeto de ação institucional. Em outros termos, os modos como a instituição modela sua imagem e a da sua práxis no território operam de maneira direta nas formas de percepção do sofrimento pelos indivíduos e no jeito de representarem as possibilidades de tratamento que servem de base ao enunciado dos pedidos de ajuda.

Aqui estão dadas as bases para uma clínica capaz de incluir a consideração dos processos de "transferência" imaginária e simbólica como componentes "tecnológicos" necessários das relações de produção. Uma Clínica Crítica ampliada dos processos de subjetivação nunca poderá deixar de fora a consideração desses aspectos relativos ao imaginário coletivo e individual, tão decisivos para a escuta das demandas e da Demanda.

Quanto aos modos como a instituição pode apresentar-se no simbólico, não há dúvida de que os meios (de produção) com que ela se instrumenta são um fator decisivo do modo como ela pode ou não cumprir suas promessas; portanto, entende-se aqui a necessária articulação entre táticas, estratégias e política. Mas a dimensão da inserção simbólica da instituição no Território não é de todo definida *a priori*. Está em questão, conforme dito anteriormente, sua capacidade de responder também ao nível das pulsações da Demanda Social e não apenas às encomendas. Para isso é preciso modelar as ofertas de possibilidades de relações intersubjetivas e socioculturais – ofertas de possibilidades transferenciais –, colocar essas ofertas em operação, e "aguardar" o desdobramento dos vínculos efetivamente realizados com a clientela e a população. Só *a posteriori* poderemos contar com alguns elementos que nos permitam acompanhar o desenvolvimento desse aspecto fundamental da inserção da instituição no Território. Aqui também as citadas experiências paulistas da Atenção Psicossocial podem fornecer preciosos elementos de reflexão e aprendizado.

Uma vez que se trata da consideração de até que ponto a instituição pode ou não cumprir suas promessas, a avaliação dos impactos das ações insti-

tucionais nos efeitos da Demanda Social é uma ação fundamental, ainda insuficientemente realizada, uma vez que, como sabemos, o PPHM tem se contentado em mensurar indicadores empíricos e superficiais como número de consultas, quantidade de internações e de medicamentos dispensados, pensado com isso conseguir repor a funcionalidade social e subjetiva dos sintomas. A propósito, não é demais lembrar que circunscrevendo as ações à Atenção (apenas um aspecto do processo de produção saúde-adoecimento-Atenção) às demandas espontâneas, o impacto que se pode conseguir, mesmo pela lógica do PPS, estará sempre na proporção desse limite. Longe de se pensar, portanto, que o PPS seria a solução para os efeitos da Demanda Social. O que sua ética promete é o tratamento diferencial do real pelo simbólico e com a participação direta e protagonista dos sujeitos do sofrimento, podendo fazer das crises oportunidade de crítica e reposicionamento subjetivo e social.

4. Modos dos efeitos produtivos típicos da instituição em termos de terapêutica e de ética. Aqui está em questão a análise das concepções efetivadas de "tratamento e cura", e das finalidades socioculturais amplas para as quais concorrem suas ações. Estará incluída a especificação dos efeitos em termos da produção de subjetividade, pois já vimos que não se pode produzir saúde psíquica, qualquer que seja a definição em que a concebamos, sem produzir subjetividade. Daí decorre a consideração necessária das instituições de Atenção ao sofrimento psíquico como dispositivos produtores de processos de subjetivação.

Quanto à *performance* terapêutica, está posta a questão fundamental dos efeitos iatrogênicos dos esquemas de tratamento sintomático e da panaceia medicamentosa; e também questões mais sutis como os "defeitos de tratamento" nas psicoses, nas toxicomanias, nas depressões, operados a partir das práticas do PPHM e sua psiquiatria-DSM (Diagnostic and Statistic Manual). No mais já vimos anteriormente, a propósito das funções produtivas da instituição, as modalidades da saúde psíquica e sua sintonia ou dissintonia com os processos de subjetivação envolvidos em sua produção. Vimos também os efeitos concretos de cada um desses Modos de Produção de "saúde" nos processos de subjetivação.

Quanto à terapêutica, é importante considerar que o PPS, embora tributário da psicanálise freudiana, não é indiferente à dor com que o indiví-

duo interpela a instituição. Sabe-se que o sofrimento tanto sidera quanto faz falar. E a terapêutica na Atenção Psicossocial preza as possibilidades de manutenção de exercício da palavra como o meio essencial da ação. Outro aspecto prezado é o retorno da produtividade, mas com uma ressalva. Sem ignorar a ética vigente "do serviço dos bens" (Lacan, 1988) e a eventual objeção a ela presente nos sintomas – mas também a adesão incondicional a ela, dada a alienação do sintoma e mesmo a alienação comum – é preciso jogo de cintura para caminhar, "um pé cá, um pé lá", com a consciência clara que a ética do "bem dizer" que visa a posição do sujeito no desejo e no carecimento é a ética do intercessor e não uma ética sob medida que teríamos pronta para o sujeito que nos procura.

Quanto aos vetores da ética, eles podem ser traçados, neste momento histórico, em torno de dois sentidos básicos opostos, conforme o paradigma que esteja dominando as ações institucionais: produção de subjetividade serializada e produção de subjetividade singularizada. Num caso estão em vigência carências e suprimentos na esfera da demanda (adaptação consciência--realidade); no outro caso está em questão o desejo: oportunidade que abre a possibilidade de interceder na posição do sujeito em relação aos conflitos e contradições que o atravessam e que ele atravessa (e também de interferir neles, de algum modo), dos quais o sofrimento pode ter sido um efeito, daí as exigências de reposicionamento. Note-se a diferença fundamental: num caso, o sofrimento é causa; no outro, é considerado efeito. Isso deve permitir colocar em ação, diferentes meios (de produção), e de modo diferente.

Colocar a questão do estatuto ético dos efeitos das práticas em Saúde Mental é uma questão inevitável e urgente, ainda mais para o PPS. Colocá--la na perspectiva da produção de saúde como subjetividade singularizada e desejante, é ainda mais importante; mas também, mais difícil pela dominância das práticas do PPHM. Não podemos deixar de notar que quando chegamos a colocar em ação as premissas do PPS, já estamos inseridos na sociedade liberal avançada, o que nos deixa simultaneamente atravessados:

> [...] por uma ideologia individualizante e por um Modo Capitalista de Produção, que obstaculizam relações intersubjetivas horizontalizantes e singularizadas. Nessa sociedade designa-se, por um lado, uma ideologia da mobilidade social (imaginário), mas funciona-se sobre um real de imobilidade. (Costa-Rosa, 1999, p.19-20)

A compreensão dessa circunstância histórica faz que nós, trabalhadores da Atenção Psicossocial, tenhamos que nos contentar com o impasse como fator inicial de transformação. Estamos em casa. Daí a persistência numa ética capaz de facultar a clínica como processos de subjetivação e singularização, tanto dos sujeitos do sofrimento quanto dos trabalhadores dessas instituições.

Como falar em singularização sem cair em quimeras individualistas?

Nossa aposta é que o exercício das premissas do próprio PPS e de seus efeitos de produção de subjetividade singularizada seja capaz de abrir novas pistas para driblar esse paradoxo, em princípio, ao menos no campo institucional que nos concerne, o que já não é desprezível. A especificidade do campo da Saúde nos deixa a prerrogativa de pensar sua autonomia relativa; considerados os âmbitos institucional e social, mais amplos. Ou seja, é por se tratar de instituições da "produção de saúde" que se torna possível caminhar na contramão dos processos dominantes de subjetivação presentes na produção em geral. Não é difícil compreender por que nessas instituições se torna possível emergirem os processos que nas outras e na própria sociedade estão recalcados e não sabidos. É que as próprias instituições de Saúde surgem como um efeito dos efeitos desencadeados no âmbito da produção geral (gênese).

Deixemos em aberto, para análises futuras, considerações como a da relação entre as transformações de cada parâmetro ou subconjunto de parâmetros do paradigma e as possíveis transformações paradigmáticas. Não vamos insistir também, por ora, na evidência da necessidade de se firmar exigências mínimas de transformação nos parâmetros e no paradigma, para que se possa especificar se estamos diante de "reformas", "transições" ou "revoluções" paradigmáticas.

3
A Estratégia Atenção Psicossocial: novas contribuições

O que é a Estratégia Atenção Psicossocial?

Em artigo anterior apresentamos uma caracterização preliminar da Estratégia Atenção Psicossocial:

> O conjunto amplo de transformações práticas e de proposições teóricas, éticas e políticas, que se corporifica e se vivifica na atual Política de Saúde Mental brasileira, é suficiente para podermos falar em Estratégia Atenção Psicossocial (Eaps), no mesmo sentido em que o Ministério da Saúde propõe e define a diretriz política da Estratégia Saúde da Família (ESF). (Costa-Rosa; Yasui, 2009)

Buscamos a desconstrução das práticas da Atenção Psicossocial centradas em uma única instituição, oriundas da experiência do Centro de Atenção Psicossocial (Caps) – esse é apenas um dos seus Estabelecimentos, mesmo que o principal, durante muito tempo – a fim de avançar em direção ao exercício de uma estratégia territorial baseada numa rede de práticas e dispositivos, muito além de uma rede de Estabelecimentos como aquela praticada desde a década de 1980, constituída pelas Equipes Mínimas de Saúde Mental nas Unidades Básicas, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Hospitais Psiquiátricos. Algo próximo da Estratégia Atenção Psicossocial foi implantado pela primeira vez, entre nós, na experiência santista dos Núcleos de Atenção Psicossocial. Ali se tirou proveito da noção de territorialidade no planejamento e organização das práticas do Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps) através do seu posicionamento como responsável por todas as problemáticas de Saúde Mental do seu Território de referência

(baseado na noção do "fazer-se encargo", originada na Psiquiatria Democrática italiana); havia uma rede de outros dispositivos, porém essa estava na posição de retaguarda e não na de estrutura estratificada hierarquizada organizada por níveis de Atenção, tal como aquela em que estava situado o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) em sua primeira aparição. Em sua origem, esse era uma espécie de filho adotivo do preventivismo comunitário norte-americano (Nicácio, 1994; Costa-Rosa, 1987).

É imprescindível esclarecer que a Estratégia Atenção Psicossocial (Eaps) não é sinônimo de Estratégia Caps. Justamente ao contrário, a Eaps tem sido confundida com o próprio Caps, o que, por um lado, tem significado um grave equívoco teórico e estratégico, e, por outro, tem produzido práticas que tomam o sofrimento psíquico como sinônimo de crise de desagregação psíquica, como ocorre em sua primeira versão, para os impasses de ordem da constituição subjetiva por foraclusão, as chamadas psicoses, acabando por centrar suas ações em torno dos Projetos Terapêuticos Individuais (PTI); perdendo, com isso, totalmente de vista a dimensão da Demanda Social[1] em sua complexidade e abrangência territorial. Quando se tomar a Demanda Social como referência, talvez se mostre mais pertinente falar em Projeto Terapêutico Singular (PTS).

No início da primeira década de 2000, o próprio Ministério da Saúde propôs que os Caps atuassem como organizadores e fiscalizadores das práticas de Atenção no território. Foi uma primeira tentativa de organização da política de Saúde Mental do país em torno dos princípios da Atenção Psicossocial, mas ainda correndo o risco de se ficar centrado no Caps como Estabelecimento, lugar que fora do Ambulatório de Saúde Mental até sua transformação em Caps, no caso de São Paulo (SES-SP, 1991/2 "Plano de Atenção à Saúde Mental no Estado de São Paulo" – biênio 91/92).

A Estratégia Atenção Psicossocial deve distinguir as diversas faces da Demanda Social, percebendo através da análise dos dados, mesmo os da "demanda espontânea", quais são as problemáticas mais relevantes em termos de prevalência, incidência e gravidade, e, para, a partir daí, designar o conjunto pertinente das ações. Ora, mesmo com os dados pouco sistematizados de que dispomos, sabemos que a "estratégia-Caps" é apenas uma parte muito pequena do conjunto das ações que devem ser abrangidas atualmente pela Eaps em qualquer Território de Saúde.

---

1 Ver nota 3, na página 39 deste livro.

Essa espécie de "capseização" por parte da política do Ministério da Saúde, que na prática tem gerado a implantação de Caps para algumas problemáticas e segmentos populacionais (como Caps-infantil, Caps-álcool e drogas), com recursos econômicos controlados, tem sido utilizada, em alguns casos, por gestores e alguns setores dos trabalhadores de Saúde Mental como entrave para a construção de estratégias de Atenção para essas problemáticas, com o álibi de ainda não contarem com Estabelecimento Caps.

Por outro lado, muito ainda há que elaborar e construir, especificamente sobre o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) como espaço de Atenção a certos momentos de crise psíquica. Além de espaços arquitetônicos e mobiliários adequados; organização sociossimbólica do dispositivo institucional em sintonia com as exigências dos processos de subjetivação, a serem reconstruídos; projeto singular baseado em técnicas específicas, incluindo meios de expressão estética apropriados à "reconstrução de si". São necessários também intercâmbios efetivos com os outros dispositivos do território que compõem a rede de Atenção à saúde, como a Estratégia Saúde da Família e a "Atenção Básica"; e com outros setores do território, sobretudo, a cultura, os esportes e o trabalho. Sem esquecer a sequência de Atenção ambulatorial, que deve suceder ao momento das crises.

Operacionalizando e concretizando o conceito/princípio da integralidade na produção das ações de Atenção, prevenção e promoção, e através do matriciamento, a Eaps poderá dar outro sentido aos Estabelecimentos Caps e seu atual segmento de "ações ambulatoriais". Poderá ajudar também na compreensão de que a persistência do Ambulatório, convivendo com o Caps no mesmo território, como Estabelecimento, significa a reincidência no instituído do preventivismo com sua desresponsabilização pela integralidade das problemáticas (Rotelli et al., 1990), e a convivência com o Hospital Psiquiátrico; e reduzindo o Caps a mais um Estabelecimento intermediário do sistema estratificado e hierarquizado por níveis de Atenção, muito longe, portanto, da lógica territorial da Atenção Psicossocial.

A Eaps também permitirá reconfigurar os Caps como instâncias aptas a responder à especificidade das demandas que lhes cabem: demandas específicas de sofrimento psíquico com exigências técnicas e de continência de intensidades variadas, que vão da exigência máxima de permanência do indivíduo na instituição, que define o Caps atual, até as intensidades variadas que poderão definir as diversas ações "ambulatoriais", e não só as

comumente realizadas nos Caps após os momentos de crise. Sobretudo, a Eaps permitirá reconsiderar a forma da Atenção a um conjunto importante e numeroso de problemáticas dentro da especificidade da Atenção à saúde, barrando a medicalização e psicologização, geralmente resultantes do modelo atual, que "empurra" tudo para a Atenção específica ao sofrimento psíquico (para o Caps e para o Ambulatório de Saúde Mental, e mesmo para o Hospital Psiquiátrico).

Finalmente, a Eaps deverá lançar mão de todos os dispositivos institucionais substitutivos criados pelas práticas da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, como centros de convivência, de esportes e lazer, residências terapêuticas, cooperativas de trabalho, e inventar outros que se façam pertinentes nos respectivos territórios.

Para as considerações necessárias à fundamentação deste ensaio, convém agregar, ainda, à definição da Estratégia Atenção Psicossocial, algumas de suas bases teóricas. Partimos dos quatro parâmetros do Modo Psicossocial, considerados como a configuração paradigmática mínima das práticas substitutivas em Saúde Mental Coletiva (Costa-Rosa, 2000). Da consideração das transformações nas dimensões epistemológica, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e culturais da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995; Costa-Rosa et al., 2003). Da sua consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente a participação popular no planejamento, gestão e controle das instituições de Saúde. Da concepção de integralidade das problemáticas de saúde e da ação territorializada sobre elas (Brasil, 1986). Finalmente, parte-se da tática do matriciamento das ações de Atenção junto aos dispositivos "Estratégia Saúde da Família" e às "Unidades Básicas de Saúde".

A tática do matriciamento em Saúde Mental pode ser um importante operador das ações "de integralidade" em Saúde, que já é realizada em alguns municípios brasileiros e foi colocada em ação pelo Ministério da Saúde como política do SUS, conforme a Portaria 154/2008, que criou os "Núcleos de Apoio à Saúde da Família" (Costa-Rosa; Yasui, 2009).

É necessário sublinhar também que na Eaps não se trata mais de alta ou baixa complexidade das problemáticas. Nas ações de matriciamento ou nas ações específicas dos Estabelecimentos-Caps sempre se trata de alta complexidade, o que pode diferir é a especificidade do saber e da ação exigidos em cada caso. Também não se trata apenas de organizar os novos dispositivos institucionais em algum sistema de referência-contrarreferência.

Na Eaps os sujeitos das queixas e pedidos deverão sempre ser considerados a partir da sua inserção no Território. E mesmo quando forem alvos de ações específicas de Caps ou ambulatoriais diversas, nunca deverão deixar de estar adscritos à Estratégia Saúde da Família (ESF), e de participar das ações simultaneamente realizadas por ela; por isso a ESF deverá ser sempre a referência maior da Eaps. Esta deve ser uma estratégia que perpassa e transcende as instituições como lógicas e como Estabelecimentos, tomando-as como dispositivos referenciados na ação sobre a Demanda Social do território.

Por fim, é preciso sublinhar que esse conjunto de definições e proposições não tem nenhum caráter de "receita", representa algumas ideias e questões que lançamos como contribuição ao debate e à construção. São resultantes de minhas reflexões e práticas realizadas junto aos trabalhadores das instituições públicas de Saúde Mental como convidado a interceder em análises institucionais "supervisões clínicas".

Conceitos operadores da Estratégia Atenção Psicossocial

Intercessores na mesma práxis

Neste ensaio proponho avançar na direção das contribuições anteriores. De imediato, é importante sublinhar que falar em estratégia implica falar em uma política, uma ética e um conjunto articulado de táticas, que se desdobram em diferentes projetos de ação, em realidades cotidianas de indivíduos habitando territórios concretos. Já vimos que a Estratégia Atenção Psicossocial tem como horizonte ético os princípios de Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1986), as heranças históricas das Reformas Psiquiátricas (Fleming, 1976) e a própria Atenção Psicossocial (Costa-Rosa et al., 2003). Devemos situá-la dentro do novo Paradigma Psicossocial que luta nas brechas do paradigma dominante nas práticas do campo da Saúde Mental Coletiva, o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (Costa-Rosa, 2000).

A Estratégia Atenção Psicossocial tem no horizonte a transformação paradigmática radical desse modo da Atenção ao sofrimento psíquico e aos

demais impasses subjetivos, a partir das práticas e lutas cotidianas dos trabalhadores dessas instituições e dos sujeitos do sofrimento que a elas recorrem em busca de ajuda. Não se pode perder de vista que essa luta pela hegemonia entre duas estratégias é absolutamente concreta, e atravessa a prática cotidiana das instituições de Saúde Mental e, ainda mais flagrantemente, as práticas de um importante subconjunto, as instituições substitutivas, em todas as suas dimensões: teórica, técnica, política, institucional e subjetiva. Isso faz das instituições de Saúde "palcos de luta política", para muito além de aparatos de resposta técnica aos efeitos da Demanda Social (Luz, 1979).

Nossa experiência profissional tem propiciado contato direto com as práticas de um conjunto significativo de equipes de Atenção Psicossocial de municípios de médio e pequeno portes populacionais. Isso tem permitido constatar, para além das soluções de criatividade e de transformação, a persistência de um conjunto de impasses cuja constância e pontos em comum têm chamado bastante a atenção, e gerado preocupações que parecem merecer compartilhamento e discussão.

Longe de mim uma crítica "imediatista" ao conjunto dos trabalhadores alinhados com as diretrizes políticas e éticas da Atenção Psicossocial, e muito menos estou negligenciando as múltiplas dificuldades concretas nas quais cabe a muitos deles exercerem tais práticas. O objetivo é continuar dando voz e visibilidade à possível dimensão coletiva de alguns dos impasses constatados, a fim de contribuir com soluções que possam ser igualmente coletivizadas.

Importa esclarecer um aspecto de nossa abordagem dos "dados". Falamos a partir da nossa inclusão como um trabalhador nesses coletivos de trabalho, tendo como base o compartilhamento das diretrizes gerais da ética da Atenção Psicossocial, e a partir de nossa implicação política direta nos impasses assinalados. Procuramos, portanto, escapar a qualquer distanciamento "objetificante" desses impasses e das propostas de seu equacionamento. O saber de que procuramos lançar mão é construído em processos de produção sustentados conjuntamente com os trabalhadores desses coletivos, em cuja práxis fui convidado a interceder. Não se trata, então, de propor qualquer saber "sobre" eles, e nem sequer, em princípio, para eles.

Implicados na mesma práxis de construção do Paradigma Psicossocial, é possível esperar que este escrito possa funcionar como uma contribuição capaz de interceder apoiando, facilitando, questionando, suscitando análi-

ses e críticas; em suma, que possa constituir mais uma peça, embora modesta, para a construção da Estratégia Atenção Psicossocial.

Acreditamos que a coletivização dos impasses cotidianos da Atenção Psicossocial e das respostas teórico-técnicas e políticas a eles torna-se cada vez mais urgente, dado o acirramento do confronto entre os interesses sociais e os valores sustentados pelo Paradigma Psicossocial (PPS) e os do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM). O PPHM tem, cada vez mais insidiosamente, tentado recuperar a parte do terreno perdida nos campos político, jurídico, ideológico e cultural, mas principalmente no plano econômico. Aproveita-se de todas as armas disponíveis, da publicidade "escandalosa", nos meios de comunicação de massa, à utilização da angústia dos familiares, que é inerente às situações difíceis com as quais têm de lidar, algumas, até mesmo insolúveis. Para os mais desesperados, acenam ainda com a promessa "libertadora" da internação hospitalocêntrica manicomial, sempre apelando ao jargão da "desassistência" – *a priori* suposta como efeito das ações de Atenção Psicossocial e da Luta Antimanicomial – e tirando proveito das dificuldades impostas pelo próprio PPHM às ações psicossociais.

Soma-se a isso a prodigiosa força da indústria químico-farmacêutica que, entre outros fatores, tem contribuído fortemente para configurar o novo perfil da psiquiatria atual (com base no DSM), explicitamente medicalizador.

Deve-se citar, ainda, um conjunto de fatores, vagamente nomeados de efeitos da pós-modernidade, que vão configurando certa modelagem sociocultural da dimensão subjetiva, e fazendo que as demandas de ajuda psíquica resvalem para encomendas diretas por suprimentos medicamentosos. Embora os psiquiatras não estejam sozinhos no PPHM, cujas equipes também possuem composição interprofissional (Brasil, 2004a), o destaque fica para suas ações, em coerência com uma modalidade específica de "discurso", especificamente o Discurso Médico (Clavreul, 1983); alguns medicalizam com o álibi de que essa seria a solução mais "enxuta" economicamente, desvelando, sem vergonha ou qualquer disfarce, a lógica capitalista e a ética de massificação subjetiva, às quais se encontram francamente associados.

Ao fazer notar esses antagonismos à Atenção Psicossocial, não nos queixamos; evidentemente compreendemos que está em andamento uma luta de titãs pela hegemonia em todos os planos do campo da "Atenção em Saúde Mental": político-ideológico, teórico-técnico, ético, econômico e cultural;

luta essa que o conceito de Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH) de Gramsci ajuda a compreender e dimensionar (Portelli, 1977). Quando compreendemos o conjunto de contradições do campo em que estão inseridas nossas práticas, e o modo como tais contradições estão estruturadas, melhor podemos aquilatar a importância da construção de certas táticas macropolíticas, territoriais, institucionais, considerando as diretrizes do SUS e da Atenção Psicossocial, como suporte necessário à efetividade e visibilidade de nossas táticas micropolíticas.

Processo de Estratégia de Hegemonia, um conceito-chave para análise e ação

O Processo de Estratégia de Hegemonia (PEH) é um conceito de Gramsci que permite analisar, em termos molares, certas linhas de composição das formações sociais: pulsações originadas no âmbito da própria sociedade, que organizam suas diferentes instituições e nelas se atualizam. Vale sublinhar que os representantes dos interesses sociais dominantes visam uma administração dessas pulsações baseada no consenso, por isso, de preferência lançam mão do discurso ideológico (Gruppi, 1978).

No caso das instituições de Saúde Mental, o PEH permite analisar e compreender o jogo de forças que nelas se mostra, contrapondo os aspectos do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) aos do Paradigma Psicossocial (PPS), quanto a saberes, práticas, aspectos jurídicos, ideológicos, culturais, teórico-técnicos e éticos (Amarante, 1995; Costa-Rosa, 2000). O PEH compreende um conjunto de práticas relacionadas à estratégia e tática, destinadas a manter a Formação Social, seja uma instituição, seja a sociedade como um todo, em equilíbrio dinâmico; o que se torna imprescindível, dado tratar-se de realidades segmentares e contraditórias quanto aos interesses e visões de mundo que aí necessariamente se atualizam, tal como ocorre neste momento no campo da Saúde. Em alguns momentos históricos essa segmentaridade tende à polarização. Daí se poder falar em PEH como um esforço de manter, em equilíbrio dinâmico, interesses socialmente dominantes e subordinados. Do lado dominante vemos um conjunto de práticas de efeitos repressivos e ideológicos, além de um conjunto de concessões táticas seguidas de sua assepsia e recuperação (Guattari, 1981). Do lado subordinado há também um conjunto de práticas que,

devido à dominância ideológica e material do polo socialmente dominante, podem ser concordes aos interesses desse polo, e tendem a reproduzi-los. Mas há ainda um conjunto de reivindicações, como as da Reforma Sanitária e as da Luta Antimanicomial, além de um conjunto de práticas alternativas, que às vezes chegam a aspirar à elaboração de uma hegemonia alternativa à dominante. Penso que esse também é o caso das práticas da Eaps, ou seja, é possível que se consolidem as aspirações de tornar hegemônicos os interesses socialmente subordinados até aquele momento.

O caso das instituições de Saúde Mental, neste momento histórico, ilustra bastante bem esse processo, pois aí se veem os efeitos de uma verdadeira luta pela hegemonia das visões teóricas, técnicas, ideológicas, culturais e éticas. Em outro momento sustentamos a hipótese de que essas transformações se expressam, já, em uma práxis na qual podemos visualizar uma transição paradigmática, do PPHM para o PPS (Mondoni; Costa-Rosa, 2010).

Esse processo, na prática cotidiana, tem gerado o ideário das experiências e as práticas da Reforma Psiquiátrica, em torno dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps), como organizadores e realizadores das práticas integrais num determinado Território, a que já nos referimos.

As cisões entre os saberes e o fazer-saber

A cisão entre o saber psiquiátrico e os saberes dos demais profissionais da equipe interprofissional nas práticas da Estratégia Atenção Psicossocial (Eaps) tem consequências desastrosas para todos; a tônica acaba sendo a prevalência do saber dos primeiros, neste momento reduzido a um organicismo que redunda na utilização *a priori* do psicofármaco, deixando para os demais trabalhadores o lugar de seus auxiliares secundários. Não se trata de colocar os profissionais uns contra os outros, pois a situação é multideterminada e transcende o âmbito imediato da instituição e das relações interprofissionais. Entretanto esse é um dos aspectos cruciais para a Atenção Psicossocial que deve começar a ser abordado, mesmo nos limites de suas práticas e instituições. Piores ainda sãos os efeitos da separação saber-fazer, que está na base da relação alienada dos trabalhadores diante do saber sobre os problemas: quem sabe são sempre "os outros" – em relação aos técnicos são os pesquisadores e gestores; em relação à demanda são os técnicos – nesse caso, com as clássicas separações disciplinares: médicos-"não-médicos"

etc. – e não os sujeitos do sofrimento, que ficam no lugar de puros objetos das ações da instituição.

Tirar os sujeitos do sofrimento do lugar de "objetos" da ação dos trabalhadores abrindo-lhes o lugar de protagonistas da produção do único saber que pode realmente modificar sua posição no sofrimento e nos impasses de que vieram queixar-se é uma operação tão complexa quanto necessária. Certamente ela depende da ética pela qual se rege a Atenção Psicossocial, mas no caso da "saudessubjetividade" pode-se dizer que ela chega a ter relação direta com os próprios efeitos terapêuticos.

Para os trabalhadores essa cisão não é menos importante, pois deixa passar implícita, sem qualquer crítica, a situação estabelecida; como se essa decorresse da "natureza" do "objeto" e não do modo dominante da divisão técnica do trabalho que vige no contexto da produção social ampla,[2] isto é, na produção de mercadorias em geral. Essa divisão técnica do trabalho é, ainda, marcada pela especificidade das lutas corporativistas no contexto da relação da medicina como disciplina com as demais disciplinas que vieram posteriormente disputar com ela o mesmo espaço de trabalho – definido como campo da Saúde Mental.

Fica totalmente perdida a especificidade da práxis da Atenção Psicossocial quando se deixa vigorar o implícito de que uns têm a teoria (e às vezes reivindicam também a posse da prática essencial) e a outros cabem apenas práticas de função e valor secundários e meramente auxiliares (res-

---

2 A divisão social do trabalho tem razões mais voltadas para a técnica, enquanto que a divisão parcelada do trabalho tem razões voltadas para a política. "A divisão do trabalho na sociedade é característica de todas as sociedades conhecidas; a divisão do trabalho na oficina é produto peculiar da sociedade capitalista. A divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo da produção; a divisão pormenorizada do trabalho destrói ocupações consideradas neste sentido, e torna o trabalhador inapto para acompanhar qualquer processo completo de produção. No capitalismo a divisão social do trabalho é forçada caótica e anarquicamente pelo mercado, enquanto que a divisão do trabalho na oficina é imposta pelo planejamento e controle [...]. Enquanto a divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada trabalho subdivide o homem [...]" (Braverman, 1977, p.72). "Apesar das numerosas analogias e das conexões entre a divisão do trabalho na sociedade e a divisão do trabalho na manufatura, há entre elas uma diferença não só de grau, mas de substância". (Marx, s. d., p.406). Podemos a partir daí considerar que a divisão social obedece mais a razões técnicas e não aos objetivos do capital; com a divisão técnica ocorre o oposto, prevalecem as razões políticas. Na consideração de todas essas divisões ainda parece não ficar suficientemente sublinhada a afirmação de Marx de que a verdadeira divisão social do trabalho ocorre entre fazer e pensar.

sonância disso é a vigência de termos como "médicos" e "paramédicos"). Uma situação concreta num dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que estava em Análise Institucional, pode ilustrar esse ponto. Os "outros" componentes da equipe de trabalho (psicólogos, enfermeiros) trazem à reunião institucional a proposta explícita de "não servir mais aos psiquiatras", tirada como efeito de uma reunião coletiva. Parecia estarmos diante de um analisador de uma situação bastante comum naquele Caps. Ao expressarem a decisão de parar de girar em torno das ações da psiquiatria, e inclusive da falta delas, colocavam em análise um dos impasses mais importantes ainda presentes em muitos Caps: todo o saber válido sobre a loucura e o sofrimento psíquico fica subordinado ao "saber medicar" a partir do DSM; isso implica uma grande contaminação da Estratégia Atenção Psicossocial, na qual se propõe vetar o uso indiscriminado e *a priori* dos psicofármacos; esses certamente podem ser usados, mas como tática secundária introduzida, eventualmente e num momento posterior.

É necessário analisar o modo como se produz e expressa esse anúncio feito por um segmento da equipe. Ele recusa a posição servil, explicita a cisão nas práticas interprofissionais, afirma uma posição necessária e importante, mas ainda se sustenta numa posição de negação que, se não for processada, corre o risco de reafirmar a separação e antagonismo entre os psiquiatras e os demais profissionais do grupo de trabalho. Como processar essa contradição expressa inicialmente em forma de antagonismo saber--fazer (notemos a denúncia da posição servil)?

É preciso partir da análise do saber que a estratégia psicossocial determina, a partir de sua ética. Em primeiro lugar, como assinalamos anteriormente, está a necessidade da consideração de um saber subjetivo – sob a forma de produção de saber inconsciente – que entra em jogo no sofrimento psíquico, cuja chave só o sujeito detém (herança da psicanálise). É claro que esse não é todo o saber do sujeito; as próprias diretrizes do SUS indicam o poder-saber da participação no planejamento, na gestão e no controle das ações de Atenção realizadas no território (herança do materialismo histórico pela via Movimento Sanitário Brasileiro).

Em segundo lugar, deve-se partir da constatação de que o saber da Eaps é decorrente das experiências concretas dos Caps e Naps, aos poucos sedimentado em forma de um conjunto de princípios para a ação – trata-se de um saber da práxis produzido na, e para a, própria práxis. Estamos na

presença de um genuíno fazer-saber. Conservar essa característica essencial é manter-se na contramão do saber disciplinar que supõe, separados, um sujeito do conhecimento e um objeto de conhecimento; e ao mesmo tempo supõe produtores profissionais do saber e profissionais aplicadores profissionais desse saber (separação saber-fazer herdada da divisão técnica do trabalho na produção de mercadorias, que se estende às produções no campo da ciência). Manter a lógica de um saber complexo produzido na práxis cotidiana e apropriar-se dos "protocolos" que já estão produzidos sobre ele é algo que não pode ser apenas contingente. Ou seja, é imprescindível a apropriação socializada, entre todas as profissões, do saber já disponível no campo da Atenção Psicossocial como ponto de partida mínimo, para sua crítica e eventual implementação, nas situações singulares de cada grupo de trabalhadores e de cada território.

Outra característica fundamental que deve ser considerada no saber psicossocial é a complexidade; essa decorre, em primeiro lugar, da presença de diferentes disciplinas no campo, mas isso garante muito pouco o alcance dessa complexidade, pois, como todos sabem, a inércia do instituído faz que se recaia facilmente na lógica taylorista da divisão parcelada do "objeto", indivíduo e seu sofrimento (notamos, de passagem, como o PPHM e sua homologia com o MCP podem se imiscuir no PPS). A conclusão imediata é que a apreensão da complexidade não pode contentar-se em partir apenas da diversidade dada; essa, em nosso contexto, foi herança inicial da Psiquiatria Preventiva Comunitária americana e da de Setor, francesa. Também é inevitável a crítica ao "caráter disciplinar" das profissões inicialmente presentes. Falaremos sobre isso mais adiante.

Talvez não seja excessivo lembrar que a contradição essencial fazer-saber ou prática-teoria costuma apresentar-se apenas secundariamente expressa nesse conflito entre disciplinas, ou mesmo entre trabalhadores, particularmente dos demais com os psiquiatras. Ela costuma consumir tempo e energia preciosos, manifestando-se também com outras fisionomias: Ambulatório de Saúde Mental como Estabelecimento *versus* Caps, medicação como procedimento *a priori versus* Atenção fundada na palavra e na escuta, diagnóstico psiquiátrico *versus* compreensão psíquica interprofissional e transdisciplinar das demandas dos sujeitos do sofrimento. Atenção organizada em torno do eixo medicamentoso *versus* Atenção organizada em torno de "projetos terapêuticos" singulares complexos etc.

Em várias experiências que temos conhecido de perto, o projeto terapêutico, embora difícil de realizar, é pensado e organizado para os sujeitos do Caps, mas deixa os demais sujeitos muitas vezes entregues ao imediatismo surdo-mudo da ação medicamentosa; nessa situação eles não têm outra saída que a da medicalização.[3] Atualmente um aspecto da contradição medicalização *versus* "projeto terapêutico" atualiza-se no âmbito do território municipal como Caps *versus* "Ambulatório".[4] Há outro conflito importante que já começa a dar o ar de sua graça. Ele se expressa como ações de "matriciamento" junto à Estratégia de Saúde da Família *versus* ações Caps, as últimas tendem a aparecer como tendo o saber sobre as primeiras. Tudo isso merece reflexões cautelosas.

Não se trata de negar a importância desses conflitos, muito menos de pretender bani-los por uma prescrição de conhecimento; muito pelo contrário, referi-los às contradições fundamentais de que são desdobramentos só pode contribuir positivamente para a possibilidade de a Estratégia Atenção Psicossocial orientar-se na direção de uma práxis efetiva capaz de responder aos princípios do SUS e de enfrentar no cotidiano a verdadeira contradição do nosso campo específico de trabalhadores da Saúde Mental Coletiva. Essa contradição deve ser compreendida como luta do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) *versus* Paradigma Psicossocial (PPS). Contradição que entendemos como um reflexo da contradição fundamental presente no campo amplo da Saúde, expressa como Paradigma Assistencial Privatista Médico-centrado *versus* Paradigma da Produção Social da Saúde (Mendes, 1999).

Insistamos ainda um pouco mais sobre os saberes em ação da Estratégia Psicossocial. Uma consequência importante dessa cisma de saberes, que inevitavelmente acaba na banalização e superficialismo de cada um, atinge

---

3 O termo medicalização refere-se ao modo de utilização dos psicofármacos: utilização *a priori* para todo o tipo de queixas, utilização em doses massivas ou superpondo quantidades e variedades de medicamento fora das condições propostas pela OMS, tomar como regra que toda a forma de sofrimento psíquico grave deve ter no medicamento sempre o agente principal.

4 Aqui nos referimos ao Ambulatório de Saúde Mental, um Estabelecimento institucional criado em São Paulo e outros estados pela política pública de Saúde Mental da década de 1980, baseado na Reforma Psiquiátrica preventivo-comunitária americana, constituído com equipes interprofissionais, e que visava combater o Manicômio, que era a única forma de Atenção ao sofrimento psíquico grave naquela época.

em cheio os sujeitos do sofrimento psíquico, que acabam à mercê de práticas que não incluem o saber que lhes corresponde no grau mais complexo em que ele já se encontra disponível (nos protocolos que podem servir de guias para a experiência (Santos, 2000). Excluída do saber, a práxis tende a tornar-se um fazer-para (resoluções mais ou menos imediatistas), mesmo com as honrosas exceções individuais de sempre.

Outro aspecto importante da mesma questão: o conjunto do saber necessário para dar conta dessas situações complexas de modo planejado acaba excluindo flagrantemente o saber dos sujeitos do sofrimento e da população. No Paradigma Psicossocial, esse saber tem uma sua função inalienável, reconhecida (contribuição da Reforma Sanitária, do materialismo histórico e das psicanálises à Atenção Psicossocial).

Excluídos esses saberes, a práxis tende a tornar-se um fazer imediatista, e o saber que é posto em ação, um "saber sobre". E um "saber sobre" dificilmente não será um "poder sobre" quando se trata do campo da Saúde imersa na subjetividade ("saudessubjetividade"). Desse modo, uma ação orientada sobre as demandas de sofrimento psíquico só pode ser desastrosa, pois essas incluem e exigem, para sua solução, a ação e produção da subjetivação por parte dos próprios sujeitos.

Não nos esqueçamos de que nossa reflexão toma como referência a Atenção Psicossocial na qual a relação proposta da equipe interprofissional, e para cuja consolidação os trabalhadores vêm lutando, exclui o saber de qualquer das profissões que a compõem tomado como resposta *a priori*. Em outro texto propus considerar a modalidade que convém à lógica que se contrapõe ao Manicômio como "integração em profundidade" dos saberes em ação no campo; por oposição ao modelo taylorista fragmentador e colonizador, ainda dominante (Costa-Rosa, 1987).[5]

Atualmente, em diversas situações, já podemos guiar-nos pela diretriz da transdisciplinaridade, como questionadora da lógica do saber disciplinar em ação em nosso campo de trabalho. A atitude transdisciplinar está em sintonia com ética correspondente aos efeitos do Paradigma Psicossocial (Costa-Rosa, 2000). Aliás, a propósito do tema do saber em geral e do saber dos sujeitos do sofrimento, convém lembrar que uma das diretrizes do SUS

5 Ver também o ensaio 4. "Interprofissionalidade, disciplinas, transdisciplinaridade: modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial", neste livro.

propõe a participação da população no planejamento, gestão e controle da ação territorial e dos dispositivos institucionais. Não é por acaso que uma diretriz desse quilate pôde ser introduzida, justamente no campo da Saúde, em flagrante contradição com a tônica dominante nos outros setores da produção social. Também não é um acaso que efetivar essa participação da população tenha mostrado uma das tarefas mais difíceis do campo da Saúde Mental Coletiva.

Nossa hipótese é que isso poderá ser mais realizável na medida em que as relações imediatas que temos com esses representantes do território sejam capazes de pôr em suspenso, em princípio, os "saberes sobre", principalmente nas demandas relacionadas ao sofrimento psíquico, para num segundo momento pormos em ação a especificidade dos saberes que nos cabem.

Esses representantes do território devem ser considerados como emergentes que não puderam evitar dirigir sua demanda às instituições de Saúde, e que já nessa emergência representam muitos outros que não vieram, mas que podem necessitar igualmente de ajuda psíquica.

Talvez não seja excessivo lembrar que o saber dos sujeitos como o estamos considerando deve incluir as experiências vividas de natureza consciente e inconsciente. Às formas e estados da alienação social devemos agregar a consideração das diferentes formas da "alienação subjetiva" em uma especificidade capaz de distinguir as configurações comumente chamadas psicose, neuroses (incluindo as depressões e o pânico), alcoolismo, toxicomanias; para citarmos as situações mais comuns nos adultos e adolescentes que nos procuram.

Finalmente, consideramos que pôr em ação a transformação do estado da contradição *saber versus fazer*, presente nas práticas da Atenção Psicossocial, exige juntar aos saberes, tradicionalmente em ação nesse campo, a hipótese freudiana de que quando se trata de sofrimento psíquico (sem desconsiderar os casos em que fatores orgânicos podem ser determinantes principais), está em ação um saber que só o sujeito será capaz de saber fazer. Pode ser que alguns leitores já estejam se perguntando, para que sevem, então, o saber, as técnicas e até mesmo as práticas dos trabalhadores da Saúde Mental.

Está aí o grande "pulo do gato", único capaz de transpor esse abismo da cisão fazer *versus* pensar, que caracteriza tanto as práticas funcionalistas quanto as alienantes e, portanto, adaptativas em nosso campo: o saber e as

práticas dos trabalhadores da Atenção Psicossocial assumem a função de intercessores nos processos de produção da saúde, dos quais só os sujeitos do sofrimento, e ninguém mais, podem ser agentes principais. Esse "pulo do gato" começa com a revolução freudiana. Produzir um agente, cuja função é interceder a favor da capacidade de agenciamento presente nas experiências da demanda que se expressam como sofrimento. Nesse sentido, é um agente coadjuvante capaz de utilizar seu saber como propiciador do saber dos agentes principais, os sujeitos do sofrimento psíquico, certamente também um saber do tipo "saber na práxis".

A Demanda Social e a especificidade das demandas no campo subjetivo

Retomemos. É preciso compreender, para transpor, o abismo da cisão prática-saber que eclipsa o saber dos sujeitos das experiências do sofrimento. É preciso vislumbrar, para encarnar, essa configuração absolutamente *sui generis* de um agente agenciador da possibilidade e capacidade do sujeito de agenciar as próprias soluções. Em outros termos, não um agente que simplesmente cura, mas de alguém que intercede na capacidade de curar-se – cura que no âmbito subjetivo dever ser entendida não como volta à normalidade anterior, mas como capacidade de produzir o sentido novo e o posicionamento novo que vão permitir ao sujeito situar-se nos conflitos e contradições nas quais é atravessador e atravessado. Em suma, cura como restabelecimento da situação da *autopoiése* característica do "humano". Para poder escutar é preciso, ainda, compreender a especificidade radical das demandas no campo subjetivo; é preciso também reconhecer a singularidade do saber (saber inconsciente e saber sobre o não sabido) único que é capaz de operar na resposta a tais demandas.

Quanto às demandas, devemos partir do conceito de Demanda Social definido e elaborado pela Análise Institucional, e diferenciá-lo do conceito de encomenda social (Lourau, 1975). A Demanda Social toma como referência a própria Formação Social, em que os indivíduos habitam e em cujos processos de produção da vida cotidiana participam, incluindo o processo de produção-saúde-adoecimento.

A Demanda Social é hiância em sentido amplo; refere-se ao conjunto das pulsações produzido pelo antagonismo das forças em jogo no espaço so-

cioeconômico e cultural, ou seja, no Território. Considerando a especificidade da instituição de Saúde Mental como Formação Social, essas pulsações devem ser pensadas, levando em conta as dimensões molar e molecular; tanto das pulsações propriamente instituintes, quanto das relações entre o instituinte e o instituído, componentes necessários dos processos de instituição, isto é, de instituir.

A encomenda é uma espécie de outra face da Demanda, isto é, o modo como essa aparece empiricamente nos pedidos imediatos. A Demanda só pode traduzir-se em encomendas através da sua mediação imaginária e ideológica. Ou seja, a tradução das pulsações da Demanda Social em pedidos depende dos modos de representação do que seja aquilo que "falta" e aquilo de que se necessita e deseja. Depende da representação das "ofertas de possibilidades transferenciais" à disposição no campo, percebidas como capazes de "responder". Depende também do reconhecimento dessas ofertas à disposição no espaço sociocultural do Território, por parte de quem as solicita ajuda.

A partilha do campo das ofertas de Atenção ao sofrimento psíquico entre os saberes místicos, populares, e o saber científico certamente influencia o conjunto dos pedidos de ajuda e de intercessão endereçados às instituições de Saúde.

Na Estratégia Atenção Psicossocial, mais do que em quaisquer outras circunstâncias, deve-se considerar a territorialidade das queixas e dos diversos impasses subjetivos, sem o quê é muito difícil planejar e executar ações condizentes com a diretriz da Integralidade, e capazes de responder ao menos com a eficácia que se pode esperar de uma estratégia de Atenção bem executada.

É nas balizas dessa demanda integral territorializada que devemos situar as demandas encarnadas pelos indivíduos que chegam às instituições de Saúde Mental.

Pois bem, uma parte importante dessas demandas ainda se apresenta sob a figura do sintoma, freudianamente falando. Ou seja, trata-se do "retorno do recalcado" por mais agonístico que esse se apresente e por mais que esse paroxismo o torne muitas vezes facilmente moldável, de imediato, ao Discurso da Ciência psiquiátrica: falo dos transtornos obsessivos compulsivos, a velha neurose obsessiva; de depressões, metonímia de todas as formas de esmorecimento do sujeito diante dos impasses da sociedade

acelerada, narcisista e de consumo; dos impasses que se estendem da simples "dor de existir", característica do sujeito que só se torna humano pela mediação do sentido, até a mais deflagrada melancolia; dos pânicos, formas assumidas pela velha neurose de angústia; e de compulsões variadas, expressões dramatizadas da dependência dos objetos de consumo, a que cada vez mais estamos todos submetidos, e dos quais alguns são capazes de demonstrar mais enfaticamente os efeitos desastrosos do "estilo consumista" sobre o desejo e sobre os modos de gozar.

Como podemos ver, por suas conexões com os processos de produção sociais amplos, esses retornos do recalcado exigem, para sua continência e processamento, várias operações de remanejamento de sentido; uma produção nova de sentido, que apenas em aparência é específica da história subjetiva e sociocultural daquele determinado indivíduo, ou seja, de sua estrita individualidade.

Há outro aspecto da Demanda Social que é imprescindível destacar. Trata-se da hipótese, desta vez freudiana e marxiana, de que todo o sintoma e todo o sofrimento carregam sempre uma função e um sentido inalienável de objeção ao contexto social, cultural e intersubjetivo no qual emerge e é produzido. Isso exige redobrado cuidado por parte do intercessor que, além de não poder perder de vista esse estatuto de objeção do sintoma, não deve iludir-se quanto ao fato de que o sofrimento, na realidade consiste em uma espécie de figura paroxística dessa objeção, e também um eclipse da possível resposta instituinte pulsante necessariamente presente nele.

O sintoma é uma evidência momentânea desse fracasso. Portanto, seja qual for o processo de produção de sentido em que se engajem os sujeitos, esse sentido deve repor algo das pulsações instituintes de que tal sintoma não deixa de ser um emissário. O sofrimento expressa sempre, em boa dose, aquilo que fracassa em alcançar a direção das pulsações instituintes. Isso acrescenta ainda outras razões para pensarmos as práticas da Atenção como intercessões numa práxis, práxis essa que é própria dos sujeitos da experiência dos sintomas, dos impasses e do sofrimento.

As rupturas que fazem que eles nos interpelem não são, portanto, apenas as rupturas comuns em qualquer existência. Representam um estado paroxístico dessas rupturas em que a produção dos sentidos necessários para manter consistente a realidade psíquica se estancou por fatores desencadeantes diversos, ou se reduziu a zero.

Não é nosso objetivo aqui entrar em maiores especificações, mas convém indicar que se trata de rupturas numa subjetividade suportada por um corpo conceituado como disjunto do organismo; rupturas que acontecem num contexto complexo de fatores subjetivos, econômicos, sociais, culturais e políticos. Por isso mantemos a aposta em um "intercessor complexo" de composição interprofissional e ação transdisciplinar – o coletivo de trabalho, e qualquer um integrado nele, comumente nomeado equipe multiprofissional ou interprofissional.

O essencial a esperar dessa interdisciplinaridade é que seja capaz de criticar e superar o princípio sujeito-objeto que habita as disciplinas que operam no campo da Atenção Psicossocial, condenando-as a uma ética de objetivação do sujeito – como objetificação.

Finalmente, a consideração dos efeitos da Demanda Social deve levar em conta que as formas das "ofertas" de possibilidades transferenciais, além da qualidade e diversidade postas diretamente pelos profissionais da Atenção situados no território, estão sendo induzidas pela lógica consumista, hedonista e médico-centrada já em ação nos sujeitos do sofrimento. Esse é um fator que interfere drasticamente no modo de aparecimento das demandas. Mais um aspecto a ser considerado nas operações de remanejamento a serem realizadas por parte dos trabalhadores do campo da Atenção.

É necessário insistir na ideia de produção porque não se pode "tratar" a questão do sujeito *in absentia*, como alerta Freud, quer dizer, sem que seja na concretude da vivência presente, e sem que seja com a participação direta e protagonista do interessado. Esses dois requisitos não se conseguem efetivamente sem que opere a modalidade do "vínculo transferencial". Por isso o tema da transferência torna-se um tópico de trabalho que deve necessariamente acompanhar o da Demanda.

Um setor crítico das queixas: as loucuras, o alcoolismo e a drogadição

Conservemos no horizonte da nossa análise a tese das queixas e impasses subjetivos como formas de manifestação da Demanda Social. Para deixar nosso panorama mais bem configurado, é preciso acrescentar todas as formas que se apresentam como ruptura mais ou menos violenta do indivíduo com o laço social. Não se trata do retorno do recalcado, está em questão o

velho e conhecido campo das "loucuras", mas nem por isso tão bem decifrado e acolhido, no qual as manifestações assumem a forma da angústia atroz, do flagrante *non sense*, da automutilação e mesmo do suicídio.

Essas formas por muito tempo se mostraram arredias ao deciframento, e foram acolhidas no campo da ciência com ceticismo resignado ou com benevolência samaritana. Tiveram que esperar até mais recentemente quando começaram a ser compreendidas sob a perspectiva das psicanálises. Atualmente a oferta característica da ciência (via medicina mental) para o sofrimento psíquico consiste nos psicofármacos, que lhe faz as principais honras da casa. Aí se pode verificar o rebaixamento do corpo ao organismo, tomado como metonímia do sujeito.

A operação aqui se apresenta como uma das mais complexas, pela exigência da especificidade do saber que deve ser posto em ação, além dos remanejamentos institucionais pertinentes à transformação da "divisão do trabalho" na equipe interprofissional (interprofissionalidade gerida pelo modo cooperado e transdisciplinaridade). A radicalidade das crises nas experiências da loucura (campo da constituição subjetiva por *Verwerfung*, ou seja, pelo "modo foraclusão") põe em ação demandas que não se manifestam de imediato, especificamente, no registro do sentido; portanto, não podem ser remetidas ao recalcado da história do indivíduo. Nesse caso trata-se de um "esculpir" o sentido para, igualmente na experiência do presente, significar ou ressignificar aspectos, ou mesmo dimensões inteiras da experiência e da própria realidade subjetiva: é, por exemplo, o caso dos chamados desmoronamentos psicóticos da realidade psíquica – impasses esquizofrênicos, paranoicos e melancólicos.

Tentando acrescentar mais alguns elementos de diferenciação da especificidade do que está em ação no remanejamento de sentido, e aquilo que opera na produção de um sentido radicalmente novo, diremos com a contribuição da psicanálise que essa produção consiste em colocar no centro do trabalho – em nosso caso, trabalho institucional – "o ato da palavra" (Laurent et al., 1998). Isso tem como consequência a redefinição do sintoma: "suplência subjetiva da nomeação do gozo (angústias), ao invés de metáfora e mensagem" (ibidem). Em outros termos, colocar sob essa perspectiva a produção de significação implica uma definição do inconsciente como dispositivo de produção de sentido, e não apenas como "outra cena", recalcada da história individual. Um inconsciente como produção de sentido a ser especificada, quanto às suas modalidades, nos diferentes processos de sub-

jetivação e nos diferentes modos de constituição subjetiva – mas sempre com ênfase na consideração autopoiética dessa produção.

Neste espaço não podemos tratar amplamente desse complexo problema, daí deixarmos de fora da análise todos os seus aspectos sociais. Ainda assim é inevitável a colocação de uma questão: para a Estratégia Atenção Psicossocial a constituição subjetiva só pode ser concebida na imersão do sujeito no social – no âmbito da família e da Formação Social – e, do mesmo modo, os impasses sociais devem ser considerados como fatores do desencadeamento dessas crises, embora entre outros.

Na consideração dos efeitos da Demanda Social, no que respeita às crises da psicose, não podemos deixar de mencionar, ainda, a particularidade dessas problemáticas quando se trata das crianças (o autismo e as chamadas psicoses infantis). Certamente abre-se outro campo exigindo saberes e práticas específicas, sem esquecer a necessidade das políticas públicas específicas.

A mesma especificidade de análise e ação deve ser posta em ação no caso das problemáticas nomeadas "alcoolismo" e "drogadição". Aqui também a falta de espaço não deve nos impedir de alertar para a necessidade da crítica e da ação capazes de reverter seu destino institucional homólogo ao da loucura. O próprio Foucault (1978) nos alertou, através da constatação de que a loucura herdou, além do espaço físico ocupado pela lepra e a sífilis, várias das atitudes e "métodos de tratamento". Com a desmanicomialização da loucura, e depois com a sua desospitalização, originadas na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial, nada mais à mão do que passar "a oportunidade" a alcoolistas e drogaditos. No momento, a internação é o que mais frequentemente ocorre com essa parcela da Demanda Social, fato em aumento progressivo.

É preciso ter claro que em nenhum dos casos de produção de sentido considerados anteriormente se trata de processos totais, portanto não se trata de processos que agreguem sentidos acabados, tácitos. Seria recair no princípio doença-cura, tão avesso à ética da Atenção Psicossocial (Rotelli et al., 1990; Costa-Rosa, 2000).

A especificidade do saber em ação na Atenção Psicossocial

Falta-nos, finalmente, acrescentar algo sobre a especificidade dos saberes em ação no campo da Atenção Psicossocial como mais um operador

importante para a compreensão e implemento de sua estratégia. Convém retomar dois pontos assinalados anteriormente. A ideia de intercessor agenciador de um processo que já é, em si, processo de agenciamento; e a ideia de cura como *autopoiesis*.

O primeiro aspecto a ser considerado é que o saber tem limites. Ninguém pode saber pelo outro, sobretudo quando se trata do saber inconsciente e dos aspectos do não sabido da experiência relacionada com a Demanda Social; o saber não pode abarcar tudo da práxis ou da experiência, às vezes está em questão o real da morte ou do sexo, que retorna para a percepção – real da ordem daquilo que não cessa de não se incluir no sentido, e que se encontrava cerzido pelo imaginário que pode desmoronar (caso dos fenômenos associados à constituição subjetiva por foraclusão, hiperbolicamente nomeados psicoses, porém não apenas); o saber também pode encontrar seu limite na própria práxis, ou seja, ele depende da capacidade de um sujeito ou de um coletivo tratarem a experiência produzida e vivida com as ferramentas do campo do simbólico ou apenas com as do imaginário, portanto, com maior ou menor grau de alienação – a própria práxis deve ser compreendida como possuindo sempre seu núcleo estruturalmente irredutível ao saber.

A Estratégia Atenção Psicossocial como práxis integral e territorial

Na Atenção Psicossocial como estratégia procura-se superar o Caps como Estabelecimento, ou seja, ele se vira moebianamente[6] pelo avesso.

6 A chamada fita de Moébius é uma realidade topológica em que interior e exterior estão em absoluta continuidade. Já propusemos, em outra ocasião, a ideia do Caps constituído como instância de interlocução porosa, sem portas fechadas, sem balcões, sem filas de espera, sem quaisquer regras ou interdições à circulação dos sujeitos do sofrimento, de seus familiares e da própria população do território (Costa-Rosa et al., 2003); agora levamos essa ideia um pouco mais adiante com a proposição de uma consistência moebiana para as práticas da Atenção Psicossocial no território. Não se trata de metáfora, uma vez que uma estrutura moebiana implica a radical superação do arquitetônico e do mobiliário como limites da relação com os efeitos da Demanda Social que nos são endereçados. É evidente que isso exigirá ampliação dos exercícios que já fazem parte de muitas das ações atuais do Caps, para que não se recaia no velho discurso do "integrado" e nas práticas tão caras ao preventivismo, nas quais se concebiam Estabelecimentos cuja ação pretendia ser complementar, a partir da ação integrada entre eles; trata-se da famosa integração da Atenção primária (equipes de Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde), secundária (Ambulatório de Saúde Mental) e terciária (Hospital Psiquiátrico), cuja complexidade seria pretensamente crescente nessa ordem. A

Isto é, transforma-se numa estratégia de ação capaz de sustentar ações mais integrais, que tomam como referência o espaço do território com sua complexidade e seus diversos recursos; destaque para as redes de convivência e de contratualidade. As ações no paradigma anterior têm muitos dos seus efeitos concebidos na relação direta com os estabelecimentos institucionais em que são realizadas (com suas respectivas tecnologias), e são definidas como integradas por dependerem de uma ação transcendente que faria delas um processo de produção capaz, quando isso é preconizado, de concluírem um ato de produção; por exemplo, o tratamento da psicose ou do alcoolismo, por ações estratificadas e hierarquizados por níveis de complexidade. Podemos ver aí um dos aspectos do trabalho parcelado, certamente não o único, presente nas práticas de Atenção ao sofrimento psíquico. Esse trabalho parcelado, comum nos processos gerais da produção social ampla, não introduz nenhum impasse apara as práticas referenciadas no PPHM. Pode-se dizer que ele está em sintonia com sua tecnologia e com sua ética.

O impasse se impõe quando nos referenciamos nos parâmetros do Paradigma Psicossocial, como deve ser o caso da Estratégia Atenção Psicossocial (Eaps). Embora o trabalho parcelado, taylorista, represente apenas uma das contradições a superar na Eaps, sua superação é imprescindível. O trabalho individual ou coletivo deve ser capaz de desdobrar-se em unidades funcionais integrais, e não apenas integradas, programadas para conjugar os aspectos interprofissionais do conhecimento exigido por cada uma das diversas ações.

A constituição dessas unidades funcionais deve pautar-se pela análise global dos processos de trabalho a serem realizados. Uma unidade funcio-

---

consistência moebiama da Atenção Psicossocial provê outra concepção da complexidade e outra forma de inter-relação entre as ações exercidas nos âmbitos da Atenção Básica (ESF), concebidas como matriciamento; as ações ambulatoriais concebidas, sobretudo, como modo de operar na relação com os efeitos da Demanda Social – operações que passam a ocorrer em quaisquer espaços arquitetônicos, em alguns casos mesmo a céu aberto; e as ações chamadas intensivas por tomarem como referentes os casos e as situações que necessitam de continência em tempo integral – só nesses casos o próprio arquitetônico e o mobiliário podem desempenhar uma pequena parte de algumas das ações; aqui são utilizados os Caps-III abertos 24 horas e as "Enfermarias de curta permanência e Hospital Geral". Neste ponto damos destaque à organização espacial, mas há considerações muito relevantes que devem ser levadas em conta quanto ao tempo, que não é mais apenas cronológico; e quanto às tecnologias utilizadas na estratégia psicossocial (Merhy et al., 2002).

nal típica seria, por exemplo, aquela composta por um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social, quando se trata de realizar ações relacionadas às dimensões psíquicas da saúde junto à Estratégia Saúde da Família, o chamado "matriciamento". Porém, uma unidade funcional com essa composição pode trabalhar em muitos outros segmentos do trabalho da Atenção Psicossocial, como o da Atenção às crises nas psicoses, no alcoolismo ou nas drogadições, por exemplo.

Essas mesmas unidades funcionais – com acréscimos, subtrações ou substituições em sua composição – deverão dar continuidade às ações necessárias nas situações após o equacionamento das crises. Ações semelhantes, mas com outros graus de intensidade: ações de acompanhamento psicoterapêutico, ações de reintegração sociocultural amplas, como organização de processos de inclusão familiar e cultural, nas cooperativas de trabalho, entre outras. Certamente algumas dessas unidades funcionais incluirão composições das profissões tradicionais e das novas acrescentadas pela Atenção Psicossocial: os artistas plásticos, os educadores físicos, os diretores teatrais e outros.

Por outro lado, não se pode perder de vista que vários efeitos da Demanda Social exigem unidades funcionais de apenas um trabalhador. É o caso dos chamados atendimentos individuais, mas é certamente também o caso de uma infinidade de grupos e "oficinas", dispositivos que se mostram bastante apropriados para a Atenção ao sofrimento psíquico na Saúde Coletiva.

A consideração da Atenção Psicossocial como territorial e integral deve ser, além de um exercício prático, um tema de estudo e pesquisa. Vejamos mais um exemplo que põe em pauta a exigência do encadeamento das ações: trata-se de determinados subconjuntos de efeitos da Demanda Social em que as crises têm um modo particular de expressão; mas que são comumente diferentes daquilo que ocorre nas psicoses, uma vez que nessas os desmoronamentos da realidade psíquica levam à saída radical do Laço Social. Refiro-me aos alcoolistas, drogaditos e toxicômanos, neuroses diversas – obsessivas (transtornos obsessivos compulsivos), histerias (às vezes ditas graves, pânico, poliqueixosos, depressivos etc.) – várias situações de melancolia e outras depressões (o chamado distúrbio bipolar do humor). Um grande desafio é conseguir planejar esses processos de ação como "unidades de produção" de modo a manter contínuos os vínculos transferenciais. Em todos os casos, e não só naqueles em que estão em jogo as demandas de psicoterapias,

nas quais a psicanálise é aplicada, a continuidade do trabalho sob transferência é de repercussão direta na efetividade do trabalho.

Nesses casos, o encadeamento e a continuidade das ações incluem outras ações de Saúde e o retorno do indivíduo aos processos de produção da sua vida cotidiana. O essencial a ser levado em conta em tais situações é não perder de vista que a Atenção a essas crises se inicia e continua de um modo que se denominará ambulatorial. Isto é, sem requerer os velhos Estabelecimentos Hospital Psiquiátrico e Ambulatório de Saúde Mental, ambos banidos pela lógica e pela ética da Atenção Psicossocial.

O caso do Ambulatório de Saúde Mental como Estabelecimento merece um comentário à parte. Ele teve proferida a sentença de morte, ainda no berço (Rotelli et al., 1990). No estado de São Paulo ele foi a instituição central da política de Saúde Mental antimanicomial nas décadas de 1980 e 1990, e em seguida foi objeto de uma diretriz que preconizou sua transformação em Caps (SES-SP, 1991/2 "Plano de Atenção à Saúde Mental no Estado de São Paulo" – biênio 91/92).

Isso parece ter-se realizado na maioria dos casos, ao menos formalmente, uma vez que na práxis desses Caps mutantes ainda vive, como parasita, a lógica ambulatorial, que urge ser superada. Alguns municípios, entretanto, ainda conjugam o Ambulatório de Saúde Mental com o Caps. Nesses casos, o Ambulatório perdura inadvertido, como eco da política de Saúde Mental preventivista que lhe deu origem; como que minando as práticas da Atenção Psicossocial com base no território, embora essas já estejam assumidas no discurso oficial dos gestores da Saúde Mental.

Finalmente, uma estratégia territorial como a Atenção Psicossocial precisa, com extrema urgência, incluir em sua agenda a análise sistemática da repercussão de suas práticas sobre os efeitos da Demanda Social. E não basta medir essa repercussão em termos de número de atendimentos realizados, quantidade de medicamentos dispensados, número de internações etc., como faz o PPHM. Sabemos que o PPS e seu correlato, o Paradigma da Produção Social da Saúde, nos permitem pensar o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção em sua relação necessária com os processos de produção social da vida cotidiana, mas sabemos, por outro lado, que nossa práxis atual ainda visa, sobretudo, a produção da Atenção.

Nesse caso devemos começar produzindo os dados territoriais de caráter epidemiológico (a começar por aqueles colhidos a partir da demanda espon-

tânea) sobre incidência e prevalência das problemáticas. Essas informações darão alguma base tanto para o planejamento das ações quanto para a avaliação de seu impacto. Entretanto, não é demais lembrar, de passagem, que não é por propormos um planejamento racional das ações que guardamos qualquer ilusão a respeito de sua efetividade cabal. A análise da Atenção ao sofrimento psíquico em termos do processo social complexo de produção saúde-adoecimento-Atenção não autoriza ambições de saneamento tão utilitaristas. A isso contrapropomos, como resposta da Estratégia Atenção Psicossocial, a própria definição de saúde psíquica com seu horizonte ético orientado para o carecimento e o desejo.

A Eaps: atravessadores atravessados

Neste momento, em nossa conjuntura, as práticas da Estratégia Atenção Psicossocial estão atravessando e por isso são atravessadas pelas do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM), que representa o conjunto subordinado no discurso ideológico a respeito da Saúde Mental, mas inequivocamente dominante no âmbito das práticas.

Ao menos um aspecto dessa dominância merece destaque imediato. A dominância das ofertas de medicação acaba eclipsando as ofertas de outras possibilidades de (inter)locução, e faz com que a maioria dos pedidos de ajuda já se expressem, para os próprios sujeitos, ao que parece, como dirigidos às ofertas do PPHM: remédio, psiquiatra, internação hospitalar.

Que se compreenda bem essa observação. Se é pretensão promover o avanço das práticas de Atenção Psicossocial, a partir de dentro dos novos dispositivos ditos substitutivos, precisamos reduzir ao mínimo os efeitos dessa contradição nas próprias práticas desses dispositivos. Dito de outro modo, não podemos nos dar ao luxo de desperdiçar nossas energias com lutas insanas entre o *modus operandi* do PPHM e o do PPS, de tal modo que o efeito final seja mais a reprodução dessa contradição do que o exercício efetivo da sua superação necessária.

Uma circunstância comumente observada nos Caps em que fomos convidados a realizar Análise Institucional ilustra a situação dessa malfadada reprodução. Trata-se da circulação de todos ao redor da "psiquiatria DSM" e das suas práticas. Chegava a ser patético que mesmo a ausência do psiquiatra às reuniões de trabalho da equipe era pretexto para que a conver-

sa girasse em torno da psiquiatria, porém, nesse momento da discussão, a contradição entre modos de conceber o processo de produção saúde-adoecimento-Atenção já estava inteiramente perdida na órbita de escaramuças mais ou menos corporativistas.

O ônus certamente deve ser tributado em parte ao psiquiatra que se ausenta frequentemente alegando a "pesada cruz" de suas filas de espera, na maioria das vezes carregada com gozo indisfarçável; e, em parte, aos demais membros da equipe que muitas vezes aparentemente se instalam confortavelmente nesses "arranjos" institucionais. A frouxidão e mesmo a ausência de políticas públicas capazes de desenharem claramente as diretrizes e metas da Atenção Psicossocial se encarregam do resto do mau serviço.

Se, portanto, pretendemos inverter os polos dessa importante contradição essencial na construção dessas unidades interprofissionais de trabalho da Estratégia Atenção Psicossocial, é necessário que todos – com especial menção para psiquiatras, mas só por sua posição atual – sejam capazes de se pautarem por suas diretrizes e sua ética. Não avançaremos significativamente sem uma clínica séria que seja capaz de superar as visões unívocas de uma ou outra das diversas disciplinas. Conjugar as dimensões subjetivas e socioculturais, sem perder de vista a complexidade dos fenômenos presentes no território, deverá ser o eixo em torno do qual devem girar as ações da Eaps.

Conclusão

Para que não se pense que apenas erguemos os andaimes de uma utopia imaginária, convém alertar a todos nós, os trabalhadores (intercessores em diferentes situações da Demanda Social), de que devemos estar convictos de que o sentido sublinhado neste ensaio para o termo práxis deve ser aplicado à nossa própria ação cotidiana. Ou seja, devemos descobrir e criar, fazendo, o saber capaz de suportar esse desejo cotidiano de instituir que só pode estar incluído entre as "paixões alegres". Imaginação, espírito inventivo, e desejo cotidiano de instituir são ingredientes que não podem faltar quando pretendemos a consolidação e o avanço da Estratégia Atenção Psicossocial.

4
Interprofissionalidade, disciplinas, transdisciplinaridade: modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial

Procuraremos neste ensaio discutir alguns aspectos do trabalho das equipes constituídas por profissionais de procedências disciplinares diversas, atuando nas diferentes circunstâncias da Atenção ao sofrimento psíquico na Saúde Coletiva. São considerados dados de pesquisa, de experiências como trabalhador do campo e de percepções e experiências provenientes de grupos de trabalho em que participei como analista institucional.

Desde os primeiros momentos em que a composição interprofissional foi introduzida nas práticas em Saúde Mental, como política pública, o número de seus componentes variou em quantidade e especificidade. A psiquiatria, o serviço social e a psicologia são o *trium virato*. Depois costumam vir: enfermagem, terapia ocupacional, fonoaudiologia, sociologia raramente; nos últimos tempos, educadores físicos e trabalhadores da dimensão estética têm sido incorporados: artistas plásticos, diretores teatrais e outros.

Embora o trabalho em equipes tenha sido introduzido no momento de uma reforma da psiquiatria, os psiquiatras foram os únicos que estavam presentes em todas as equipes, chegando à média de seis, considerando dezessete instituições pesquisadas. É importante frisar que não eram tão raros os casos em que a proporção chegava a dez psiquiatras para uma das demais profissões; nada tão estranho, afinal foram os criadores do campo e por mais de um século nele reinaram absolutos. A análise das práticas desses coletivos de trabalho, criados em 1973 no estado de São Paulo, permitiu agrupar a variabilidade da divisão do trabalho em dois modos básicos. Um deles já vinha designado como tácito pelos enunciados presentes nas instituições e parecia determinado pela dominância da psiquiatria em relação às outras

profissões. Era sempre o psiquiatra que determinava o percurso do sujeito do sofrimento e mesmo as tarefas que cabem aos demais profissionais. Por exemplo, o paciente chega e será recebido pelo psiquiatra, que então decidirá se é necessária a visita domiciliar, a ser feita pelo assistente social, ou se será necessária a aplicação de testes psicológicos ou realização de psicoterapia. Em outra versão do mesmo exemplo, o assistente social recebe o cliente na entrada, colhe os dados sociais, encaminha o caso para o psiquiatra (nunca para qualquer outro profissional da equipe) que então decidirá qual será o "percurso" do sujeito, até mesmo se ele deverá ou não retornar ao assistente social. Uma série de termos referentes aos outros profissionais como "paramédicos", "profissionais auxiliares" e "não médicos" parece indicar o que, de modo geral, outras observações confirmaram: o psiquiatra comumente ocupava também o lugar do trabalho decisório e do trabalho intelectual como dirigente. Por sua grande semelhança com a racionalização taylorista,[1] propus para essa forma de relacionamento interprofissional a denominação "modo taylorista" (Costa-Rosa, 1987).

No segundo modo da relação interprofissional encontrado, ao contrário do anterior, parecia caracterizar-se por tentativas de distribuir as profissões levando em conta as necessidades específicas de cada situação, ao mesmo tempo em que as reuniões clínicas pareciam operar como coletivos decisórios importantes para um amplo conjunto de ações, do planejamento à execução. Não há uma decisão *a priori* a respeito de quem receberá o cliente e de qual será seu percurso pela instituição. O indivíduo tanto pode ser atendido pelo assistente social quanto pelo psiquiatra, ou por qualquer outro profissional da equipe dependendo das necessidades percebidas nas primeiras entrevistas, que também poderiam ser realizadas por qualquer profissional da equipe desde que esteja habilitado para isso. Nesse caso pareciam procurar ser coerentes com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica que lhes tinha dado origem, a Psiquiatria Preventiva Comunitária, que herdou as propostas de acréscimo dos aspectos psicológicos, sociais e culturais, como ampliação necessária aos conhecimentos da medicina sobre a loucura

1 Taylor foi um dos pioneiros a introduzir a linha de montagem na indústria, que consistia em uma fragmentação do processo de trabalho com a finalidade de aumentar ao máximo a produtividade dos operários e, em consequência, a mais-valia. Basicamente cada operário perdia ainda mais o controle sobre o "todo" que estava produzindo. O parcelamento do processo do trabalho somava seus efeitos à anterior cisão fazer-pensar.

e o sofrimento psíquico, originários da Medicina Integral através de suas criticas à medicina das especialidades (especialismos).

No contexto brasileiro recortou-se do preventivismo o seu aspecto de Psiquiatria Comunitária. Seu alvo já não era um indivíduo isolado, o que tende a por em dúvida os contornos dos papeis profissionais até então estabelecidos para a estrita prática de profissional liberal. Todas essas profissões, derivadas de disciplinas no sentido foucaultiano, surgem como práticas liberais de prestação de serviços, exceto a enfermagem e a "assistência social", que já emergiram no papel de auxiliares. O discurso da Psiquiatria Comunitária parece fazer com que essas instituições quando se inserem na Saúde Coletiva já o façam partindo de alguma crítica a esses conhecimentos e a essa ética. Propus para esse modo da interprofissionalidade a expressão "integração em profundidade", pela tentativa que ela parecia representar de superação do modo taylorista (Costa-Rosa, 1987, p.265).

Nessa modalidade de divisão do trabalho observa-se que o discurso designa a intenção de que ela decorra das exigências da problemática a ser tratada, nota-se também que há realmente a tentativa de organizar as práticas desse modo, porém, na prática, o limite da possibilidade da organização do trabalho já está dado pela proporção em que as profissões se encontram representadas na composição das equipes, e pelo modo como são exercidas por cada profissional particular. A análise dos planos dessas instituições, os "convênios de 1973", ao longo de mais de uma década, indica outros modos de divisão do trabalho.

Desses, dois merecem destaque pela maneira peculiar como tentam responder ao problema, apesar de sua ocorrência ser bem mais esparsa. A primeira dessas tentativas de "contornar" a "divisão do trabalho" na Saúde Mental Coletiva se destaca pela sua aspiração, geralmente não explicitada, de recobrar o "ideal do homem do Renascimento". São tentativas de condensar em um único profissional toda a diversidade dos efeitos da Demanda Social que requerem ajuda. Porém, a maneira como se tenta alcançar esse ideal parece longe de dar conta da complexidade exigida pelo processo de produção em questão. Aparentemente pensam equacionar a questão com treinamentos rápidos. Os enunciados dos planos e relatórios de trabalho dessas instituições utilizam a expressão "profissional polivalente" ou o lema "todos fazem tudo, contanto que sob supervisão médica e nos limites da lei". O deslize significante da última expressão desvela que esta forma se

reduz praticamente ao primeiro tipo de que falamos anteriormente, embora seja ainda mais superficial.

A segunda dessas tentativas tem consistido basicamente em que um determinado subgrupo de profissionais se apresenta aos clientes, em bloco, esperando conseguir ali, em ato, a configuração de uma unidade de trabalho mais ou menos completa. Um exemplo ilustrativo desta tentativa consistiu em que um psiquiatra, um psicólogo e um assistente social se reunissem em uma sala para entrevistar um sujeito ou uma família. Outros exemplos mais comuns se dão através das chamadas "duplas interprofissionais", geralmente para o diagnóstico e para diferentes tipos de grupos. Parece tentar-se superar a direção centralizada em um único profissional e o mito do profissional polivalente, mas ainda não se escapa de uma visão extremamente simplificada do tipo de interprofissionalidade que é necessária para superar as consequências da fragmentação e da separação entre gerência e execução.

Se, por um lado, é a primeira vez no país que se introduz a variação profissional extensa, por outro, é ainda dentro dos limites do domínio corporativista da Psiquiatria. Predomina a presença numérica da psiquiatria, embora em alguns casos ela própria já questione e tente superar o seu modelo clássico.

Nossas vivências e observações ao longo de pelo menos mais duas décadas seguintes tem permitido acompanhar o desdobramento da divisão do trabalho interprofissional na Saúde Mental Coletiva. Algo dessa primeira Reforma Psiquiátrica no estado de São Paulo, o preventivismo, tem sido transferido para a segunda Reforma Psiquiátrica brasileira (Devera, 2005), a partir dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps) e (Naps). Essas instituições, das quais surgiria a Atenção Psicossocial, herdaram a composição interprofissional das primeiras experiências do preventivismo e, de modo geral, parecem desdobrar-se dentro de contornos para os quais parecem continuar válidas as expressões "modo taylorizado" e modo da "integração em profundidade".

Aqui cabe um esclarecimento sobre a tônica imprimida à análise realizada neste ensaio. Optamos por conservar as expressões criadas em 1987, embora certos termos tenham sido promovidos nas últimas duas décadas para referir diferentes tipos de intercâmbio disciplinar, sobretudo nos processos de produção do conhecimento.

Alguns desses termos vão muito pouco além de explicações de catálogo que nada mais fazem do que classificar certas formas da relação entre as disciplinas, outros são mais complexos e interessantes e nos fornecerão importantes contribuições teórico-filosóficas para ampliar nossa análise do trabalho interprofissional na Atenção Psicossocial partindo das proposições desenvolvidas na análise dos modos "taylorista" e "integração em profundidade".

A multidisciplinaridade é definida como justaposição de disciplinas sem qualquer esforço de síntese. A pluridisciplinaridade, como justaposição, mas com alguma relação entre as disciplinas, visando unificação temática e complementaridade. A interdisciplinaridade, para uns é síntese de duas ou mais disciplinas com a manutenção delas, definindo uma linguagem e novas relações estruturais, para outros a interdisciplinaridade deve fazer a crítica à racionalidade técnico-instrumental e à colonização do mundo vital pelas tecnologias funcionalistas. Finalmente, conforme indica o prefixo, a transdisciplinaridade está simultaneamente entre, através e além de toda a disciplina. Também é definida como consequência normal da síntese dialética quando ela é bem-sucedida (Nunes, 2002). Ora, qualquer dialética marxiana partiria da supressão do princípio disciplinar, dado o princípio de que sempre há sujeito no objeto, e objeto no sujeito. Além disso, quando se trata do homem fica absolutamente desfeita a díade sujeito-objeto. Não é possível "conhecê-lo" fora da complexidade, caso em que o princípio dialético de que o todo está na parte assim como esta está no todo precisa ser levado ao estremo radical: em se tratando do homem só há produtores de conhecimento, portanto não pode haver conhecimento do outro como objeto que não seja colonização aviltante. Veremos que isso tem desdobramentos importantes para uma divisão do trabalho coerente com a ética do Modo Psicossocial.

Pode-se dizer que as primeiras práticas interprofissionais no campo da Saúde Mental praticamente remontam à época da produção industrial fordista.[2] Era natural que sua primeira análise tenha tomado como referência esse modo da produção industrial, naquela época, ainda dominante (Costa-

---

2 Fordismo é um modelo de *produção em massa* que revolucionou a indústria automobilística a partir de janeiro de 1914, quando introduziu a primeira linha de montagem automatizada. Ford utilizou à risca os princípios de padronização e simplificação de Frederick Taylor e desenvolveu outras técnicas avançadas para a época. Suas fábricas eram totalmente verticalizadas.

-Rosa, 1987). Nossas referências na época vieram muito mais da filosofia, dos sociólogos, e das contribuições da análise política de instituições à Análise Institucional, do que de autores que falassem especificamente das práticas no campo da Saúde (Marx, 1975; Fazenda, 1991; Japiassu, 1976; Gorz, 1980; Luz, 1979). Posteriormente agregamos elementos da análise epistemológica, e da psicanálise (Nunes, 2002; Almeida Filho, 1997; Minayo, 1991; Furtado, 2008; Figueiredo et al., 2006; Passos; Barros, 2000). Adiante será considerado o Modo de Produção denominado "prática entre vários" como importante contribuição para o trabalho do Caps e retornamos à análise econômica pós-fordista, com referências ao modo toyotista e volvorista (Morgan, 2007), acrescida das considerações da psicanálise para pensar a Atenção em termos de "unidades de produção" de Atenção no território e de projetos terapêuticos singulares.

A necessidade da análise da divisão do trabalho nas equipes da Atenção Psicossocial

Parte-se de algumas questões que permitem discutir e redefinir a forma e o "objeto" da interprofissionalidade, quanto a seus aspectos teórico-técnicos e ideológicos e éticos. Procura-se integrar a crítica à divisão do trabalho na instituição de Saúde Mental e em suas práticas, à crítica à divisão do trabalho na ciência, por sua vez, considerada efeito da divisão do trabalho na sociedade do Modo Capitalista de Produção (MCP).

A consideração da interprofissionalidade como Formação Social implica que os conhecimentos eventualmente agregados pretendam servir à transformação do modelo mais comum ainda vigente. Longe, portanto, de quaisquer pretensões de aperfeiçoamento ou reforma. Compreender a interprofissionalidade no campo da Atenção ao sofrimento psíquico como instituição histórica autoriza lançar-lhe as mesmas questões que orientam a análise de qualquer instituição da produção social: qual é sua finalidade produtiva, qual é a forma dos seus processos de produção, quais são as modalidades da divisão do trabalho como meio fundamental desses processos?

Como se manifesta nessas práticas a contradição essencial que atravessa toda a instituição da produção neste momento histórico, possivelmente expressa em termos da "divisão social" e "divisão técnica" do trabalho?

A compreensão de algumas das razões da origem da forma dominante da interprofissionalidade, e das funções a que está adaptada, talvez permita avançar mais facilmente no objetivo de sua transformação como uma exigência da ética da Atenção Psicossocial. A hipótese inicial é que a interprofissionalidade poderá ter sua correspondência nas características gerais da estrutura paradigmática dos dois paradigmas atualmente em luta pela hegemonia da gestão do campo da Saúde Mental Coletiva. Assim, poderá haver uma relação direta entre o "modo taylorizado" e o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM). Por outro lado, os avanços do modo "integração em profundidade" poderão depender da exigência de se pautarem pela lógica e pela ética do Paradigma Psicossocial (Ver o ensaio "Modos de Produção", nesta coletânea).

Nas práticas atuais da Atenção Psicossocial ainda se podem encontrar as principais características do "modo taylorizado" descrito em 1987, principalmente nas instituições onde permanece a dominância das características do PPHM (Costa-Rosa, 1987). Nas instituições que têm conseguido avançar na direção da lógica do Paradigma Psicossocial, algumas conquistas práticas e avanços teóricos têm sido alcançados, mas substancialmente permanece no mesmo patamar da organização da unidade de produção "integração em profundidade" definida por nós, a partir da experiência vivida no "Centro Comunitário de Saúde Mental-Parelheiros" durante dez anos (Costa-Rosa, 1987; Rabelo et al., 2009; Furtado, 2008; Campos, 2006).

Na ocasião já se assinalava a importante correlação existente entre a divisão do trabalho interprofissional nas práticas em Saúde e a configuração organogramática do Estabelecimento em que elas ocorrem. Dessa forma, a modalidade que denominamos taylorista, além de estar presente nas instituições típicas do PPHM (hospitais psiquiátricos, Ambulatórios de Saúde Mental, Caps inseridos nas dependências de hospitais – casos em que se tomam os Caps sem qualquer correlação com os princípios da Reforma Psiquiátrica ou da Atenção Psicossocial), cujas estruturas são sempre piramidais, ou seja, têm sempre muito clara uma hierarquia de poder, algumas vezes chegando a confundir saber e poder de uma disciplina sobre as demais. É necessário deixar claro que atualmente encontramos essa mesma modalidade de intercâmbio profissional nas práticas de muitos dos Estabelecimentos correspondentes ao Paradigma Psicossocial (Caps, residências terapêuticas, centros de convivência, oficinas e cooperativas de reintegra-

ção sociocultural). É uma consequência da reincidência do instituído esperada em práticas que lutam para impor sua lógica e sua ética paradigmática em condições adversas, porém aí está facultada a pertinência da sua crítica a esse instituído e a proposição de outros modos capazes de superar radicalmente o "modo taylorista".

O Paradigma Psicossocial está em sintonia com o discurso oficial do Ministério da Saúde para o setor, originário das conquistas obtidas com os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que culminaram na Luta Antimanicomial e na construção da Atenção Psicossocial. As diretrizes da participação popular no planejamento e gestão, e da organização de conselhos gestores das unidades de Saúde (Estabelecimentos) com participação dos trabalhadores, dos indivíduos atendidos e da instância municipal criam condições jurídicas e práticas para formas de intercâmbio entre as profissões com características de grupo cooperado. Essa conquista introduz uma mudança estrutural radical nas condições de possibilidade do "modo integração em profundidade", dado que já se sabe de longa data que as formas da relação intrainstitucional em geral e as formas da relação interprofissional, em particular, são necessariamente transladadas paras as relações dos trabalhadores com os sujeitos do sofrimento e com a população do território (Costa-Rosa, 1987). A introdução de modos horizontalizantes em todas essas instâncias do trabalho e da convivência aparece como a condição mínima necessária para a viabilidade concreta da participação protagonista e desejante que rege a ética da Atenção Psicossocial.

Vale a pena esclarecer que não se trata de uma relação direta do tipo causa-efeito. É mais plausível supor que essa homologia entre as diferentes configurações organogramáticas e as modalidades do relacionamento interprofissional decorra do modo particular em que se encontra o conflito de forças da contradição essencial. Na situação analisada em 1987 mostrou-se uma correspondência direta entre organogramas verticalizados e a dominância do modelo taylorista do relacionamento interprofissional. Essa correspondência é confirmada nas instituições Caps.

Os Estabelecimentos da Atenção Psicossocial são considerados espaços liberados do domínio absoluto dos poderes, interesse e valores típicos do PPHM ainda dominante na sociedade, pela hegemonia do ideário da Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial em que se fundamentam. Essa condição, aliada à adequada compreensão paradigmática que fundamenta a

análise crítica de suas práticas, torna a discussão da divisão do trabalho nas equipes, consideradas como unidades autônomas de produção, um tema de importância radical.

Infelizmente, a realidade vigente das práticas nomeadas de Atenção Psicossocial ainda se encontra, com muita frequência, bastante distante dos princípios teórico-técnicos, ideológicos e éticos que orientam as características dos parâmetros fundamentais do Paradigma Psicossocial por diferentes razões (Cremesp, 2010). Os Caps, até o presente sua espinha dorsal, têm encontrado incentivo à sua implantação e desenvolvimento pelas políticas e pelos recursos do ministério, porém nem sempre tem contado com as contrapartidas municipais necessárias para seu implemento, na proporção e na diversidade dos recursos; a formação básica fornecida aos trabalhadores originalmente pelas disciplinas de origem também parece desfavorecer, de imediato, o Paradigma Psicossocial. Tem-se apostado na formação em ação, que tem se mostrado em sintonia com a análise crítica da relação fazer-saber, ou seja, com a dimensão da práxis – tema absolutamente crucial para as unidades de trabalho cooperado que pretendam resultados produtivos capazes de incluírem a implicação subjetiva e sociocultural dos sujeitos que buscam ajuda psíquica. Convém sublinhar que não se trata de desprezar a estratégia de criação dos Caps nas condições iniciais "possíveis". Por sua função estratégica de "território liberado", mesmo que inicialmente apenas pelo discurso ideológico e pelo ideário transformador, eles são oportunidades de gerar condições para a superação das práticas hospitalocêntricas e de sua lógica, ainda presentes em todos os interstícios sociais macro e micropolíticos. Mas, alerta vermelho, a consideração crítica e o confronto político de questões básicas como falta de profissionais no leque da diversidade mínima; falta de formação para a Atenção Psicossocial, incluindo suas diferenças paradigmáticas com o PPHM, por parte de todas as profissões; reincidência das rivalidades corporativistas, que consomem tempo precioso e fazem menosprezar ou mesmo impedir o contato de qualquer natureza entre as áreas profissionais (seja na prática cotidiana ou em reuniões para discussão dos casos e elaboração dos projetos terapêuticos singulares), deixando como saída apenas "trocas" interprofissionais mais ou menos caóticas que convergem para o tipo da fragmentação taylorista. A dominância da Psiquiatria pautada pelo DSM (Diagnostic and Statistic Manual) e a falta de formação de todos, quanto aos "recursos psicossociais" que possam fazer-lhe frente

em alternativas de gestão da instituição e de construção e realização da Clínica, são mais uma gravíssima questão que não se pode deixar de equacionar com urgência. Fora desse rol de fatores adversos não se pode deixar de mencionar as disparidades salariais, de extensão de jornada de trabalho.

Mesmo, portanto, com todas as dificuldades, não é o caso de se queixar dos Caps ou da Atenção Psicossocial como têm feito os donos dos hospitais psiquiátricos e alguns trabalhadores e pesquisadores alinhados com seus interesses sociais (Cremesp, 2010). Tanto a Atenção Psicossocial quanto a interprofissionalidade são conquistas irreversíveis, pontos de partida necessários para garantir o implemento do intercâmbio profissional em bases cooperadas.

Análise das práticas interprofissionais pioneiras e atuais: modos da divisão do trabalho

A análise da interprofissionalidade a partir do modo como ela aparece empiricamente em sua forma predominante exige uma série de precauções, sob pena de se acabar contribuindo para sua legitimação. Por exemplo, quando se pergunta qual deve ser a tarefa de cada área profissional dentro da equipe, as perguntas frequentemente recaem sobre os chamados "paramédicos" e, por outro lado, costuma haver consenso quanto à maior necessidade deles: "treinamento". Quando se fala dos problemas de relacionamento da equipe, ainda é comum sugerir "tratamento das dinâmicas grupais", ou simplesmente se deixa implícito que é necessário convencer os psiquiatras a tolerarem a presença dos demais profissionais que passaram a concorrer com eles por "tudo" que antes era exclusivo. Esse tratamento dado à questão supõe que há uma definição absoluta de interprofissionalidade e que, ao mesmo tempo, alguns já conhecem mais que outros sua parte no trabalho e seu lugar na composição disciplinar. Até aí nada mais se faz do que desconsiderar a relatividade das definições existentes no campo e desconhecer os efeitos da Atenção Psicossocial sobre as práticas, para todos sem distinção. Na prática tal atitude tem gerado a legitimação do "modo taylorista", atrasando sua erradicação.

Para prosseguir a análise é útil responder a três questões: qual é a modalidade de divisão do trabalho que convém ao Modo Psicossocial, qual

é o semblante da contradição essencial que atualiza nas práticas interprofissionais dessas instituições, e quais são os contornos do produto que se trata de produzir. Só depois de avançar alguns passos na procura de respostas pode fazer sentido perguntar qual é o lugar e a função de cada uma das especialidades profissionais (mas nesse momento com certeza não poderá haver excluídos da resposta). Então se poderá dar atenção às encomendas por formação e até por saneamento dos problemas de relacionamento grupal. A posição histórica da psiquiatria, somada à sua configuração atual de medicina mental, obriga a que a análise crítica de suas práticas seja posta em destaque, mas isso não deve de modo algum ofuscar a percepção das transformações radicais que são igualmente necessárias e urgentes nas demais disciplinas chegadas posteriormente.

Sabemos que a introdução do trabalho compartilhado entre diferentes disciplinas decorreu de uma série de questionamentos à prática da Medicina das Especialidades, entre os quais já figurava o de fragmentação do "objeto", mesmo que nessa crítica não estivesse incluída nenhuma correlação com processos mais gerais de fragmentação do trabalho nos processos de produção. A Medicina Integral acrescenta a redefinição do "objeto" das práticas em Saúde Mental como multideterminado em termos orgânicos psicológicos e socioculturais, a equipe é o novo meio de trabalho para lidar com ele. É da adição dos aspectos componentes do novo "objeto", por um lado, e da adição, em espelho, das profissões componentes do novo instrumental, por outro, que vai resultar esse tipo mais comum que temos designado por "modo taylorista".

Parece, portanto, inevitável que, se pretendemos dar conta de pelo menos alguma parte do essencial em questão, será necessário caminhar simultaneamente nas trilhas da fragmentação constituída, tanto do "objeto" quanto da constituição dos meios de seu manuseio. Pelos dados examinados até o momento pode-se supor que a fragmentação do processo de trabalho implícita no simples somatório que funda a composição do novo instrumento antecede a constituição "teórico-prática" do "objeto" como multideterminado, uma vez que a fragmentação do trabalho na Saúde Mental é resultante de um processo histórico generalizado em nossa sociedade, ao qual não escapou também o chamado trabalho da ciência.

A Universidade, com seu papel predominante de reprodutora do instituído social, contribui para a manutenção da separação estanque entre ciên-

cia e técnica, mantendo duas linhas de produção bem distintas: os trabalhadores técnicos para o mercado, como se diz, e os trabalhadores intelectuais produtores de conhecimento e reprodutores de novos técnicos. De fato chega-se à presença de um contingente de técnicos[3] que passam a disputar com o psiquiatra seu anterior monopólio. Essa disputa inclui a tentativa de lhe subtrair alguns espaços dentro desse "objeto", mas se dá principalmente através da atuação nas novas dimensões que lhe foram anexadas.

A divisão do trabalho na produção geral

Para Marx e Engels (1982), a real divisão do trabalho ocorre a partir da separação entre o trabalho braçal e o trabalho intelectual, na base da separação entre detentores dos meios de produção e detentores da força de trabalho. O sucedâneo histórico dessa divisão foi o parcelamento do trabalho, do qual o modelo da racionalização taylorista é o exemplo prototípico. O trabalho em cadeia, que é acrescentado pelo taylorismo à organização do trabalho, condensa, portanto, duas divisões: uma que diz respeito a funções de comando e de execução e outra que diz respeito à fragmentação do processo de trabalho. Ou seja, aí o trabalhador perde a voz ativa não só em relação ao que deverá ser produzido e quanto aos objetivos da produção, também perde o acesso à compreensão do processo de produção como atividade configurada.

Embora todas as sociedades conhecidas tenham dividido o trabalho em especialidades produtivas, nenhuma sociedade antes do Modo Capitalista de Produção subdividiu sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva em operações limitadas. Aqui já não se trata apenas da distribuição das tarefas com fins técnicos visando a maior comodidade e mesmo o prazer do trabalhador; tampouco o interesse social global. Tanto a separação entre o trabalho braçal (executor) e o trabalho intelectual (dirigente e decisório) quanto o parcelamento das tarefas dentro de uma mesma especialidade não são decorrentes das necessidades da cooperação inerentes ao processo de trabalho em sua função para a sociedade; decorrem, ao contrá-

3 Há ainda uma série de determinantes da conjuntura particular brasileira que estão na base do incremento dessa especialização em nível universitário, mas não serão objeto de análise neste trabalho; por exemplo, a apologia do acesso à universidade como forma de ascensão social.

rio, do processo de extração da mais-valia, portanto, dos interesses de um segmento social.

Na sociedade produtora de mercadorias:

> A não ser na ideologia da classe dominante, não existe divisão técnica do trabalho. Toda a divisão técnica, toda a organização técnica do trabalho constitui a forma e a máscara de uma divisão, e de uma organização social (de classe) do trabalho. (Althusser, 1983, p.105)

Essas divisões nada possuem de natural. São históricas, portanto criações dos homens: instituições. Ao assinalar essas características do trabalho na sociedade produtora de mercadorias não estamos descaracterizando a necessidade da divisão em especialidades. Está claro que em certos setores da prática humana pode ser extremamente vantajoso dividir a produção em "especialidades". O que se trata de questionar é a fragmentação dentro de cada especialidade (especialismos) e o alijamento dos trabalhadores, individualmente ou em conjunto, das decisões a respeito, tanto do planejamento do processo de trabalho, quanto dos destinos da produção. Também não estranhamos que tudo isso seja legitimado no Modo Capitalista de Produção.

A divisão do trabalho na ciência

A mentalidade da especialização reproduziu na ciência o método característico da técnica industrial: a divisão do trabalho não só em especialidades, mas em especialismos. Do mesmo modo que o operário foi perdendo qualquer relação com o sentido social do seu trabalho no Modo Capitalista de Produção, o cientista moderno (tecnocientista) foi perdendo qualquer conexão (e depois até o interesse) pelos fins tanto ideológicos quanto práticos e éticos dos resultados da sua investigação. Daí a multiplicação dos comitês de ética.

O método que dividiu a ciência em especialidades contribuiu como nenhum outro método anterior para a produtividade científica. Sua expansão ocorreu paralela à expansão da produção de mercadorias. Deixou-se de lado tanto uma concepção do ser humano como totalidade quanto uma concepção unitária do mundo. Progressivamente se afirmou a neutralidade da ciência e, com o tempo, sua universalidade se reduziu à disciplina estudada

e depois só a uma parte dela. Desse modo, é preciso ser rigoroso na consideração das possibilidades da interdisciplinaridade, a fim de evitar reduzi-la à simples soma das disciplinas individuais. Isso pode conjurar a tentação de adotar logo à primeira vista o arremedo de composição taylorista que encontramos nas práticas analisadas.

Se mantivermos a tese de que nessas práticas está em ação a atualização de um aspecto da mesma contradição essencial entre a divisão do trabalho do Modo Capitalista de Produção e a divisão do trabalho nos Modos de Produção cooperados, refletida na diferença entre interesses do PPHM e os do PPS, será difícil pensar na possibilidade da superação radical do modelo taylorista sem pensar na superação paralela da divisão do trabalho na sociedade em que ele floresce.[4] "A natureza histórica da ciência atual – a funcionalidade cega do espírito de especialização – deverá sofrer o mesmo destino da estrutura produtiva na qual se baseia" (Canevacci, 1981, p.14). Reservando essa revolução para algum futuro glorioso, o mais interessante é pensar nas possibilidades imediatas. Consideramos a autonomia relativa das instituições de Saúde nas sociedades em geral e na nossa em particular. Isso nos autoriza a pensar na possibilidade de superação do trabalho dividido e fragmentado a partir da ocupação de brechas abertas nas práticas instituídas dominantes. É justamente numa dessas brechas que germina e nasce a Atenção Psicossocial com aspirações de revolução paradigmática quanto ao Modo de Produção da Atenção.

Em relação à funcionalidade cega do espírito da especialização, não há muita dúvida quanto à sua principal função: produção de valor a ser expropriado dos produtores. Os valores de uso nunca interessam a não ser como valor de troca a ser realizado no mercado de consumo. Ao separar os vários ramos do saber, o espírito da especialização reflete e reproduz a divisão do trabalho do Modo Capitalista de Produção. A ciência das especialidades erigidas em disciplinas, como desdobramento da fragmentação do processo de trabalho na ciência, reflete uma dupla falácia: por um lado, escamoteia-se a verdade de que em tal sociedade são os excluídos do saber e do poder – o trabalho técnico/executor – a condição de toda a descoberta científica (trabalho intelectual); por outro lado, através da fragmentação na base da qual

4 Ver o ensaio 1 "Modos de Produção das instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra", neste livro.

opera, nunca poderá atingir mais do que um saber de superfície (Canevacci, 198l).

No caso particular da Atenção ao sofrimento psíquico que estamos analisando, a configuração do conjunto de disciplinas que procuram dar conta do fenômeno como multideterminado só se modela a partir de certa concepção da Atenção ao sofrimento psíquico. Por outro lado, as próprias disciplinas, no processo histórico da sua constituição enquanto especialidades, não deixam de configurar sua identidade num movimento em direção a certos aspectos da concepção do objeto da interprofissionalidade em Saúde Mental. Também podemos observar que, em certos momentos desse processo, algumas disciplinas recortam sua parte do objeto, por exemplo, os aspectos orgânicos ou psíquicos, com a pretensão de que esse recorte esgote todas as determinações do fenômeno. Historicamente isso corresponde primeiro à psiquiatria, mas poderia caber a certas aplicações afobadas da psicologia ou da psicanálise, ou mesmo a concepções da determinação social exclusiva do sofrimento psíquico que não são incomuns.

A partir do estudo de Campos (1983), pode-se considerar que as categorias profissionais como especialidades técnicas, que vão compor a equipe interprofissional, surgem como categorias de "intelectuais orgânicos", alimentados pelos interesses dominantes e a seu serviço. Não podia ser diferente, dado o atravessamento ideológico e a influência do poder econômico no recorte dos efeitos da Demanda Social e na composição correspondente das "técnicas" de seu manuseio – outro modo de falar das disciplinas. Isso serve para indicar a complexidade dos fatores que devem ser considerados para se dar a guinada crítica exigida pela Atenção Psicossocial.

Reafirmamos a convicção de que a análise da interprofissionalidade, na forma dominante em que a encontramos, exige que se refaça o caminho inverso ao da sua constituição. Nesse rastreamento não deixaremos de encontrar, como negatividade, uma série de aspectos do real, para cujo velamento foram construídos. Aquilo que se oculta nos objetivos explícitos a prática nunca deixa de revelar, quando adequadamente analisada.

Contamos com uma série de elementos indicativos de que a modalidade interprofissional predominante na Atenção Psicossocial ainda é aquela que designamos com os termos "modo taylorista" ou "linha de montagem" (Costa-Rosa, 1987). Nela tanto a "partilha" do objeto quanto a configuração do "instrumento" parecem estar inteiramente dependentes de questões

periféricas ou mesmo exteriores ao processo de trabalho; na prática predomina uma forma da divisão que segue o modo dominante na produção comum, em sintonia com os interesses socialmente dominantes, de modo advertido ou não. Veremos que isso esconde uma identificação com interesses sociais antagônicos aos dos sujeitos do sofrimento e dos trabalhadores da instituição, pelos fins visados.

A divisão do trabalho na Atenção Psicossocial

A análise da interprofissionalidade em Saúde Mental toma como referente o conhecimento de um conjunto de instituições da esfera pública, mas seus resultados parecem aplicar-se perfeitamente bem às da esfera privada. A exigência do Ministério da Saúde de classificação dos hospitais psiquiátricos para efeito de remuneração das suas atividades tornou muito semelhante sua composição interprofissional à dos antigos Ambulatórios de Saúde Mental e dos atuais Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2004).

O processo de descorporativização do trabalho na Atenção, operado pela entrada do Modo Capitalista de Produção, vai fazendo que cada trabalhador independente, seja ele remunerado pelo setor público, seja pelo privado, já não conte mais com qualquer "produto" que possa lançar no mercado, sem ter que recorrer ao intermediário que é dono do capital (remunerador do trabalho) e dos outros meios de produção. A rigor, esse processo de descorporativização atinge mais diretamente os médicos psiquiatras. No caso das outras categorias profissionais já se sustenta muito menos o ideal de se tornar profissional autônomo que, em alguns casos, o discurso ainda faz passar.

São os psiquiatras que mais acreditam na promessa do profissional autônomo; autonomia que, se ainda é possível para certo número deles, vem se reduzindo cada vez mais em relação ao contingente que as universidades e faculdades põem no mercado de trabalho a cada ano; não é diferente para os psicólogos. Relutantes e geralmente cultivando a ilusão de um dia irem para o consultório particular (algumas vezes mantido muito mais por esse ideal do que por retorno econômico), são eles que vão engrossando as fileiras dos assalariados tanto do setor público, quanto do privado. Acabou-se o tempo das "corporações de ofício", nem "psicologia liberal", nem "medicina liberal"; o que um dia pode ter sido regra, há muito tempo não passa de exceção.

A rigor, portanto, não há diferenças essenciais entre os setores público e privado no que diz respeito tanto à presença do Modo Capitalista de Produção quanto à consequente inserção dos diferentes profissionais como trabalhadores assalariados. Em que pesem as características particulares do "produto" em questão, estamos diante de um processo de produção que conta, de forma predominante, com todos os elementos do processo de produção característico do Modo Capitalista de Produção: de um lado, um conjunto de trabalhadores assalariados, cujas diferentes atividades, encadeadas ou integradas concorrem para um resultado final que eles aparentemente não escolheram; de outro lado, o conjunto dos "consumidores" do produto desse processo de trabalho, também alijados das definições, tanto do produto final quanto das formas sob as quais deve ser produzido; finalmente, esses dois extremos estão intermediados por uma instância que é detentora de todos os outros "meios de produção", incluindo a definição dos contornos gerais do "produto" a ser produzido.

Após as transformações introduzidas pelas Reformas Sanitária e Psiquiátrica e pelos princípios da Atenção Psicossocial, esse panorama se altera, deixando abertura jurídica para a retomada do processo de produção da Atenção e de sua gestão nos termos do modo cooperado e não mais apenas nos do Modo Capitalista de Produção. Em consequência do método dialético utilizado nesta análise, a "divisão do trabalho na Atenção", como fenômeno histórico-social, é considerada uma realidade segmentar, ou seja, nela habitam as mesmas contradições entre interesses e valores presentes nas demais instituições sociais. Veremos que as referidas transformações estão no bojo da luta paradigmática entre o PPHM e o PPS. Além disso, a inércia do instituído que habita as práticas, naturalmente em maior grau quanto mais alienadas, e apesar dos valiosos avanços no ideário e mesmo no conhecimento, justificam que nos detenhamos um pouco na análise de uma forma da interprofissionalidade que é o avesso daquela que se almeja na Atenção Psicossocial. A análise do "modo taylorista" também nos dará importantes elementos de análise do modo da "integração em profundidade" como seu reverso.

"O modo taylorista"

Dadas as características gerais dessa modalidade do relacionamento interprofissional, que o tornam bastante semelhante à fragmentação tayloris-

ta do processo de trabalho na produção de mercadorias em geral, e dadas as conclusões anteriores a respeito de que nesse caso estamos diante do mesmo processo de trabalho do Modo Capitalista de Produção, estamos autorizados a aplicar ao produto desse processo de trabalho alguns elementos do referencial de análise que Marx aplica à compreensão da mercadoria como universal concreto da Formação Social capitalista. Se pudermos seguir a análise, distinguindo com clareza o caminho da bússola, talvez sejam úteis as conclusões a que se pode chegar.

A consideração dos "produtos" do trabalho na Atenção Psicossocial como qualquer mercadoria não deve excluir de nossa parte a consideração da sua irredutibilidade a qualquer definição estritamente técnica, mas justamente o resultado dessa forma de Atenção, nomeada taylorista, parece ser consequência de uma tentativa reducionista, pois no mínimo procura escamotear as implicações políticas necessariamente presentes em sua definição, sem falar das propriamente subjetivas. O reducionismo é uma característica que logo se ressalta. Por se tratar de um reducionismo que atinge saberes e práticas, ele também fornece importantes razões para a aplicação do referencial de análise da mercadoria a esse "produto" tão singular.

Pois bem, considerados como mercadoria os produtos desse trabalho, deve-se, por hipótese, encontrar neles os mesmos componentes do valor de uso e do valor de troca articulados em uma estrutura de produção de mais-valia como valor a ser expropriado (Marx, s. d.).

Quando a Análise Política de Instituições se refere à produção das instituições de Saúde Mental faz referência à sua participação indireta na realização da mais-valia de outros setores produtivos, através do consumo dos seus produtos, como os da indústria farmacêutica e de aparelhos médicos, por exemplo. A análise estrutural do processo de produção da Atenção ao sofrimento psíquico autoriza irmos além dessa produção indireta, para compreender qual é a natureza particular desse "produto", e como se poderá distinguir nele as dimensões de valor de uso e valor de troca. Isso significa perguntar se nesse caso existe algum outro correspondente da mais-valia e, em caso afirmativo, qual é a sua natureza. Ainda mais interessará saber quem é que dela se apropria. Essa análise exige o trânsito entre o discurso como enunciado oficial da instituição e a dimensão subjacente que a análise dialética é capaz de revelar. É sabido que "a unidade de uma organização é feita, por um lado, por uma disposição específica das funções sociais ao re-

dor de uma função oficialmente privilegiada, e de outro lado pela exclusão de certo número de outras funções, que se tornam então latentes, acidentais ou informais" (Lourau, 1975, p.13).

As instituições possuem em geral uma relação com a conjuntura específica em que estão inseridas. Isto é, elas tendem a modelar uma função dominante condizente com a encomenda dos interesses sociais dominantes nessa conjuntura. Essa encomenda é geralmente a contraparte da sua função explícita no enunciado discursivo oficial. No caso das instituições de Atenção ao sofrimento psíquico, a dimensão explícita de valor de uso de seus produtos é a referida como "atenuação de sofrimento", "remoção de sintomas", "produção de saúde" (via medicalização ou não), "reposição do indivíduo na produção, na família e na sociedade", entre outras formas. Por outro lado, acabamos de nos referir à sua função de realização da mais-valia de outros setores produtivos, mesmo porque não há como realizarem seus valores de uso, portanto sua produção explícita, sem realizar consumo. As instituições de Saúde, mais ainda as de Atenção ao sofrimento psíquico costumam ter destacada sua inclusão na esfera da ideologia e não na da produção (Althusser, 1983).

Nessa produção dos valores de uso explicitados no discurso oficial da instituição, portanto, já está implícita a realização indireta de mais-valia, tanto porque realizam a mais-valia produzida por outras instituições quanto porque repõem o indivíduo na esfera da produção em condições adequadas à extração da mais-valia (Donnangelo; Pereira 1979).

O correspondente do valor de troca que deve ser considerado na produção direta das instituições de Atenção, quando elas operam no modo taylorista da divisão do trabalho, é justamente a reprodução das relações sociais da produção do Modo Capitalista de Produção. Demonstra-se sem dificuldade que nesse "ato de produção", tanto nas relações dos profissionais técnicos entre si quanto na relação desses com os sujeitos do sofrimento e a população do território, o que se reproduz são as relações de produção típicas da produção no Modo Capitalista de Produção na versão fordista. É nessa reprodução que se produz o excedente produtivo que corresponde à mais-valia mais determinante na produção da Atenção ao sofrimento psíquico. A modalidade da reprodução das relações de produção do Modo Capitalista de Produção deve ser considerada o fundamento essencial de seu "ato produtivo" e de seu "produto". Tanto no caso do primeiro tipo

de mais-valia quanto no caso do segundo, a instituição se situa para além dos seus objetivos oficiais. Num só ato está em jogo a reprodução das condições econômicas, político-ideológicas e dos processos de subjetivação, dominantes.

Especificamente na Atenção ao sofrimento psíquico a divisão do trabalho na versão taylorista engloba a um só tempo a fragmentação do processo de trabalho, a divisão entre trabalho dirigente e executor e a hierarquização das relações dos produtores entre si e desses com os sujeitos do sofrimento. O controle hierárquico da divisão do trabalho parece concorrer para o mesmo fim que na produção comum, porém tem diferenças importantes. Ele não opera a serviço da mais-valia como ampliação imediata do capital. Ao realizar a reprodução das relações sociais dominantes, sua ênfase produtiva recai na reprodução dos indivíduos em sua posição social e subjetiva. Em outros momentos da análise do Modo Psicossocial e de seus operadores temos referido essa reprodução como produção de subjetividade capitalística ou serializada.

Quanto à relação entre o valor de uso e o valor de troca dos "produtos" do processo de produção no modo taylorista da divisão do trabalho interprofissional, parece cumprir-se também o mesmo funcionamento da produção comum. Isto é, aquilo que é definido como valor de uso no Modo Capitalista de Produção acaba tendo sua maior relevância como suporte do valor de troca. A Análise Institucional revela que, da mesma forma que a produção da mais-valia é a causa, em última instância, da produção de mercadorias em geral, também a reprodução das relações sociais dominantes dessa produção parece ser o que movimenta o processo de produção das instituições de Saúde Mental organizadas segundo a lógica do Modo Capitalista de Produção. Isso é consequência necessária da ideologia e do imaginário particulares que realizam a mediação do recorte dos efeitos da Demanda Social (sofrimento e sintomas).

É por demais conhecida a tese de Althusser (1983) de que a condição essencial da produção capitalista é a reprodução das relações sociais de produção. Essa atravessa todo o conjunto das instituições sociais, desde aquelas consideradas como pertencentes exclusivamente à esfera superestrutural ou ideológica até aquelas consideradas como pertencentes à infraestrutura ou da produção econômica. As instituições de Saúde realizam essa função sutil e decisiva em seus efeitos, mas a sua função de Aparelhos Ideológicos

do Estado (AIE) também se realiza através da suavização dos conflitos sociais via medicalização, distribuindo diagnósticos e medicamentos sob um modo específico de relação social e intersubjetiva, o Discurso Médico (ver o ensaio "Crítica da razão medicalizadora, nesta coletânea). Isso, segundo Donnangelo e Pereira (1979), corresponde ao deslocamento desses conflitos, originários da produção, para tentar desfazê-los na esfera do consumo. Talvez não seja por outra razão que no PPHM se insiste em medir os efeitos de seu trabalho – seu produto – por pretensas medidas objetivas: quantidade de "Unidades de Serviço" (US), número de atendimentos realizados, de medicamentos dispensados, dias de internação etc.

Não parece haver dúvidas a respeito de quem se apropria do excedente produtivo nesse caso. Uma vez que se trata de somar do lado da reprodução do instituído, a apropriação acaba do lado dos interesses sociais dominantes na instituição, nesse caso representados pelo próprio Estado (como Estado de classe). Na versão taylorista do trabalho interprofissional, seja na esfera pública, seja na privada, também é sempre o intermediário que leva a melhor. A expropriação fica do lado dos sujeitos do sofrimento e dos trabalhadores da instituição.

Existem ainda outros aspectos inerentes à mais-valia em jogo no processo de produção das instituições de Saúde Mental que vale a pena considerar. Nelas, como sempre, é na realização do valor de uso que se realiza a mais-valia. Mas também nesse caso a situação parece um pouco mais complexa do que na produção comum. Aqui é impossível separar momento da produção e momento do consumo. No limite, o produtor é consumidor já que participa diretamente do ato produtivo; portanto, a produção, o consumo e a realização da mais-valia coincidem. Essa circunstância peculiar vai favorecer a realização da mais-valia como reprodução das relações sociais instituídas. Se aí podem, por um lado, ser produzidos os "benefícios" (função positiva, explícita da instituição) para o cliente, como valor de uso, por outro lado, também é nessa "relação" que é produzido o "lucro" (função negativa da instituição, obliterada no discurso oficial) para os investidores que estão do lado do capital.[5] Pode-se dizer que o PPHM, como o modo taylorizado que lhe corresponde, atua sobre o espaço de desco-

5 Ver o ensaio 2 "A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade", neste livro.

nhecimento das condições mais amplas e profundas da Demanda Social, remanejando a diversidade de sintomas que constituem, sob a forma da encomenda social, os efeitos das contradições sociais vigentes. Vale a pena sublinhar que não é de modo automático que se realiza essa reprodução das relações sociais dominantes. Primeiro ela se dá na forma do relacionamento intrainstitucional, na sequência lógica desse passo vêm as formas do relacionamento no interior do grupo interprofissional, e só na sequência dessas realizações ela se transfere para a relação com os sujeitos do sofrimento e a população.

No modo taylorizado mais comum que se tem observado, o lugar do trabalho dirigente tem ficado com o psiquiatra, o que se funda em razões históricas mais ou menos claras – como sabemos o campo foi aberto pela psiquiatria cujo saber e poder se corporificam originalmente em todo o substrato material da instituição. Mas para a análise aqui realizada não faz diferença qual das disciplinas ocupe esse lugar. Isso sublinha o caráter histórico do fenômeno e a transcendência desta análise às lutas corporativistas. Na reprodução das relações sociais instituídas no modo taylorista pode-se reconhecer alguns dos semblantes da contradição entre paradigmas, que nos são familiares: médicos *versus* paramédicos, comandantes *versus* comandados, "sujeitos" *versus* "objetos", loucos *versus* sãos, supridos *versus* carentes, entre outros. Como se vê, a reprodução é o modo de somar a favor do instituído, e o instituído é o próprio Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) como polo dominante da contradição essencial do setor, que agrega os interesses correspondentes ao modo hospitalocêntrico medicalizador, opostos aos interesses da Atenção Psicossocial (Costa-Rosa, 1987, 2000).

Finalmente, deve ser dito que o "modo taylorista" nos serve muito mais como um modelo de análise de uma forma de "trabalhador coletivo". Sua aplicação ao campo da Saúde Mental deve considerar que o PPHM sempre se caracterizou muito mais pela depreciação da Atenção do que pela repetição *ipsis litteris* do modo taylorista da divisão do trabalho na produção comum. Tanto parece verdade que seus críticos sempre estiveram muito mais ocupados em denunciar suas mazelas do que em fazer uma crítica profunda de sua estrutura. De fato, verdade seja dita, nas práticas em que temos visto reproduzir-se o modo taylorista, e não são poucas, ele nunca passou de um arremedo do modelo fordista.

Um modo singular da divisão do trabalho na Saúde

Uma singular unidade de produção: "integração em profundidade"

Prosseguimos agora com a análise da outra versão da interprofissionalidade que encontramos nas práticas da Atenção Psicossocial. As considerações realizadas neste tópico decorrem tanto dos "dados" encontrados na realidade das instituições conhecidas quanto da reflexão decorrente do método de análise e das exigências éticas da Atenção Psicossocial.

De imediato pode-se dizer que ela se dirige à tentativa de ser consequente com a definição do "objeto" como multideterminado quanto a aspectos orgânicos, psíquicos, sociais e culturais, procurando integrar dimensões teóricas, técnicas, ideológicas e éticas. Significa tentar transitar na tensão entre os espaços comuns e os espaços da especificidade, para a elaboração de um "trabalhador coletivo", que permita repor ao menos parte da integralidade do processo de produção que o modo taylorista subtraiu. É possível afirmar que se tem podido transitar nas brechas das tensões corporativistas, o que permite aprofundar alguns aspectos teóricos e técnicos, para além dos ideológicos. Nesse caso, diferenças importantes em relação ao modo taylorista são explicitadas: convicção a respeito da ineficácia do PPHM e sua substituição por práticas territoriais capazes de dar destaque necessário aos aspectos psíquicos e sociais na determinação do sofrimento e dos outros impasses subjetivos, determinação explícita de escapar à reprodução das relações sociais instituídas do PPHM, introdução dos sujeitos do sofrimento no protagonismo de seus direitos sociais e subjetivos, entre outros. Do ponto de vista teórico, podem-se identificar contribuições da psicanálise, do materialismo histórico, da filosofia da diferença e das reformas e revoluções históricas da psiquiatria, em diferentes proporções.

Nas experiências que pudemos vivenciar diretamente e nos trabalhos acompanhados com equipes interprofissionais de Caps em Análise Institucional foi possível observar a viabilidade prática do intercâmbio dos diferentes recursos profissionais, interceptando vários dos impasses gerados pelo modo taylorista. Para isso tem-se mostrado necessário avançar na distinção dos aspectos teórico-técnicos das disciplinas profissionais que compõem as várias unidades de produção, distinguindo-os, por sua vez, de

diferenças de natureza ideológica e de questões de relacionamento pessoal, o que não é tão fácil, por diferentes razões. Os coletivos mais velhos, geralmente originários da transformação do Estabelecimento "Ambulatório de Saúde Mental" em Caps parecem responder preferencialmente com o cinismo às ameaças narcísicas, motivo de discórdias vividas como pessoais; dificuldades reais, relacionadas ao "não sabido" institucional, não analisadas e não enfrentadas durante muito tempo; parecem condicionar "sentimentos" de culpa e de débito para com a demanda; mais motivos para reações de humor destemperado que atrasam o enfrentamento dos problemas, quando não o inviabilizam. As equipes novas, sobretudo quando não está definido qualquer alinhamento programático e de política pública municipal com as diretrizes da Atenção Psicossocial, ficam muito vulneráveis às ameaças vindas da complexidade da tarefa, tornando-se prisioneiras fáceis da psiquiatria-DSM (Diagnostic and Statistic Manual) que, sem dificuldades, posa de sabedora do "que fazer", iludindo quaisquer necessidades de questionamentos teóricos e éticos; aí também é sob mútuas acusações pessoais que parece dar-se preferencialmente a repetição do estado dado da situação. Quando temos a possibilidade de contar com trabalhadores, inclusive psiquiatras, sensíveis e conectados com os princípios da Atenção Psicossocial, as condições de criação de unidades de produção integradas, em confronto com o modo taylorizado, tornam-se viáveis. Início do enfrentamento da questão.

Do exercício interprofissional "modo integração em profundidade" e da análise de suas exigências e possibilidades parece possível tirar uma série de consequências fundamentais para o implemento das práticas psicossociais.

Clareza paradigmática. Mesmo sem questionar mais profundamente as profissões presentes na Atenção Psicossocial criam-se as condições para melhor avaliar a especificidade de cada uma nas situações específicas, e definir as áreas que podem ser comuns. Mas é preciso ter em conta que as definições que interessam à Atenção Psicossocial, e mesmo a avaliação das situações novas ou indefinidas, só podem vir da clareza paradigmática. Sem uma definição clara da concepção do processo de produção saúde-adoecimento e da Atenção que sirva de bússola, dificilmente se saberá aonde ir e como. Somente da clareza paradigmática e de uma leitura adequada dos efeitos específicos da Demanda Social a que se pretende responder podem

ser compostas as "unidades produtivas" pertinentes. Trata-se certamente de composições em transformação dinâmica.

Nem médicos nem paramédicos. Já vai muito longe o tempo em que havia uma grande distância entre os atos dos profissionais médicos e dos demais, que eram chamados "paramédicos", nas primeiras equipes dos Ambulatórios de Saúde Mental, em que pesem as incongruências ainda presentes nas práticas de fato da Atenção Psicossocial, em que muitas vezes encontramos uma psiquiatria totalmente identificada com a medicina (mental). Vem da especificidade da "saudessubjetividade", e mais amplamente das características do PPS a obrigatoriedade da redefinição das ações específicas de cada profissão, bem como o modo de seu relacionamento como unidade de produção. Tem-se mostrado mais pertinente pensar em âmbitos de ação, do que a partir de cada profissional associado a suas disciplinas de origem, bastando para isso que se possua a formação necessária. Isso é consequência da constatação de que a universidade em seus currículos atuais deixa muito a desejar na formação necessária ao PPS, ficando-se na dependência da formação em ação. A própria Conferencia Nacional de Saúde Mental já têm abordado o tema da formação profissional para o novo paradigma, pois é imediatamente percebido por qualquer um que tenha alguma proximidade com a situação que atualmente só se pode contar com técnicos produzidos ou para o modelo da ética do profissional liberal, como ainda é o caso da maioria das profissões componentes do conjunto dos chamados trabalhadores de Saúde Mental, ou para uma espécie de "para", como é o caso da enfermagem e da "assistência social" em que mais se aceita tacitamente o termo "paramédicos". Não se trata de qualquer implicância com os "médicos", o que é preciso por em evidência nessa formação são elementos de crítica às disciplinas e particularmente à forma que elas assumem nesse Modo de Produção chamado Discurso Médico como desdobramento do Discurso do Mestre e Discurso da Universidade (Clavreul, 1983; Brasil, 2004a).

O trabalho cooperado é necessário. Desde cedo demonstramos as primeiras vantagens de não separar os aspectos decisórios dos de execução do processo de trabalho na gestão das instituições de Atenção em Saúde Mental consideradas como Estabelecimentos. Dada a autonomia relativa das instituições do setor Saúde, era necessário definir as condições operacionais capazes de

permitirem a transformação de organogramas originalmente piramidais em formas de organização do tipo cooperado. Só dessa forma se poderia almejar imprimir à divisão do trabalho no processo de produção da Atenção a estrutura de relação horizontal capaz de superar os efeitos iatrogênicos do modo taylorista quando aplicado a esse singular processo de produção envolvendo só sujeitos. Com a distinção entre "poder decisório", de natureza política, portanto compartilhável igualmente entre todos os participantes da instituição; e "poder de coordenação", de natureza técnica, portanto delegável pelo "coletivo decisório" com base em competências de saber; deixamos o campo aberto para a possibilidade de superação da divisão entre trabalho intelectual ou decisório e trabalho braçal ou executor. A partir dessa distinção se dificultam as manipulações ideológicas que tomam o trabalho intelectual como sinônimo de decisório e o trabalho braçal como sinônimo de subordinado e simples executor. Fica claro que todo o braçal supõe um intelectual (não como decisório, mas como práxis de elaboração teórica) e todo o intelectual supõe um executor (como práxis prática). Nenhuma teoria se sustenta sem uma técnica estritamente relacionada e vice-versa. Qualquer análise estrutural da sociedade produtora de mercadorias e da forma correlata de ciência que lhe corresponde é capaz de demonstrar que trabalho intelectual é materialmente alimentado pela prática cotidiana (Costa-Rosa, 1987). A singularidade do "objeto" da Atenção ao sofrimento psíquico e demais impasses subjetivos, na perspectiva em que é definido na Atenção Psicossocial, exige a subversão dos esquemas de pensamento comuns quanto à concepção das relações entre trabalho intelectual e de execução. Consequência da ética da implicação subjetiva e sociocultural dos sujeitos na produção do sentido necessário à superação dos impasses de que vieram se queixar; sabe-se que tal implicação não é alcançável se não começar pelos próprios trabalhadores da instituição, e particularmente pelos que compõem as equipes interprofissionais como unidades de produção da Atenção. A definição do processo de produção nesse campo exige a concepção do trabalho como práxis: capacidade humana de manejar o real utilizando as ferramentas da função simbólica, inerente tanto ao trabalho em geral quanto ao trabalho do pensamento. Caso contrário, como seria possível a construção efetiva de um trabalhador coletivo com encargos tão difíceis como contrapor-se ao modo taylorizado vigente, e ao mesmo tempo criar afirmativamente a unidade de produção que nomeamos "integração em profundidade"?

O modo "integração em profundidade" não é a unidade de produção volvorista. A redefinição do processo de trabalho como cooperado e a redefinição do produto "saudessubjetividade" permitem vislumbrar com mais clareza a necessária participação dos sujeitos do sofrimento como protagonistas dos processos de produção da Atenção, desde a gestão institucional até a gestão dos processos de produção da sua própria implicação subjetiva e sociocultural. É claro que falamos na linguagem da análise de instituições, mas o leitor saberá desdobrar essas afirmações nos termos específicos da Clínica Ampliada exigida pela ética da Atenção Psicossocial (Bezerra, 1996; Amarante, 2003; Campos 2001). Essas redefinições – mesmo provisórias, na medida em que são operadas apenas pelo setor técnico, portanto deixando de fora os sujeitos do sofrimento, a população e os outros setores da instituição – representam um avanço imprescindível. O fato de estarem baseadas em argumentos de ordem ética e técnica e não apenas jurídica ou de poder econômico confere-lhes credibilidade. De imediato, elas ainda são mais condição de efetividade, do que efeito. Preparação imprescindível para o respeito às diretrizes do SUS – no que tange à participação da população no planejamento, na gestão e no controle das práticas institucionais – e às diretrizes da Atenção Psicossocial, principalmente o protagonismo dos sujeitos. Todos esses elementos fazem dos grupos interprofissionais de trabalhadores na Atenção Psicossocial atuando no modo "integração em profundidade" unidades de produção bem diferentes das sucessoras do modelo fordista na produção industrial: os modelos toyotista e volvorista, nas quais se procura reverter o modelo fordista de divisão e parcelamento do processo de produção – exigências do mercado consumidor – sem qualquer alteração na ética que rege os processos de produção.

A ética do bem-dizer não é incompatível com a psiquiatria psicossocial. A configuração dominante da psiquiatria atualmente presente na Atenção ao sofrimento psíquico, psiquiatria-DSM, junto com a persistente incapacidade das universidades de formarem para a realidade da Atenção na Saúde Mental Coletiva, têm operado como um entrave gigantesco ao implemento da interprofissionalidade no modo "integração em profundidade". Não tem sido fácil livrar "territórios" em que se possa ficar um pouco ao abrigo das contendas corporativistas, lamentavelmente apoiadas em argumentos

de ordem jurídica, desvelamento da luta "por mercado de trabalho".[6] A incapacidade de renúncia à ética do "serviço dos bens", exercida em causa própria, por alguns setores profissionais dos trabalhadores da equipe interprofissional é um entrave radical para a ética do trabalho cooperado. Essa é, entretanto, nada mais nada menos, a exigência da Atenção Psicossocial. Sem ela não há como facultar o protagonismo da palavra e da ação aos sujeitos do sofrimento, fundado na outra ética, a do "bem dizer" o desejo e o carecimento (Lacan, 1988; Marx, 1978). A atuação psiquiátrica tal como está dada no modelo taylorista que caracteriza o PPHM deve necessariamente ser posta em xeque. Pode-se pensar que isso será impossível, pois ninguém renunciará de bom grado a valores assumidos e interesses conquistados. Equívoco. Ao contrário do que se pode pensar à primeira vista, essa renúncia nada subtrai das atividades do psiquiatra. Em vez disso apenas transforma sua natureza e de fato amplia seu escopo de ação, uma vez que ele realizará muito mais do que distribuição de diagnósticos e dispensação de medicamentos.

O dispositivo grupal é um meio fundamental. O exercício do modo "integração em profundidade" nos novos Estabelecimentos que correspondem à Atenção Psicossocial vai paulatinamente demonstrando que as questões que se manifestam como "dinâmica" do relacionamento remetem às verdadeiras contradições presentes na instituição: pertencem à dinâmica institucional (interesses e valores do PPHM *versus* os do PPS); remetem também à tendência da prática repetir o instituído (retorno dos corporativismos, acirramento das indefinições de identidade profissional, a falta de objeto-formal abstrato capaz de permitir o compartilhamento dos "espaços" empíricos etc.); dizem respeito também à modalidade do grupo enquanto "grupo de trabalho", que obriga a imersão cotidiana nas questões da subjetividade própria e dos outros, parceiros e sujeitos do sofrimento; tanto enquanto co-

6 A resistência à entrada de outros profissionais "não médicos" no setor da Saúde esteve prestes a cristalizar-se em lei federal após 1980. Esse projeto (lei Julianelli, como ficou conhecido) procurava reiterar em termos atuais a preponderância do setor médico. Tentava no mesmo lance subtrair às demais especialidades as poucas conquistas já operadas inclusive em campos que não foram de domínio médico em períodos anteriores da historia do país, como é o caso das psicoterapias, por exemplo. Em um de seus pontos mais polêmicos esse projeto propunha a subordinação ao médico dos demais profissionais, inclusive tirando deles a possibilidade de se estabelecerem como profissionais liberais. Esse projeto foi barrado pelas resistências dos setores atingidos. Porém não demorou a retornar à cena com o nome de "lei do ato médico".

letivo de trabalho quanto individualmente. Parece pertinente pensar que entre as modalidades de "grupo-sujeitado" e "grupo-sujeito", como extremos das possibilidades do "grupo de trabalho", estão inseridos os tipos de configurações grupais que podem corresponder aos "supostos básicos" de "dependência", "luta e fuga" e "acasalamento" (Codo; Lane, 1984; Bion, 1975). De fato nenhum trabalhador da Atenção Psicossocial pode manter-se alheio às teorias, às técnicas e à prática das diversas modalidades de trabalho coletivo. Daí poderá vir a naturalidade necessária para encarar a si próprio como participante dos diferentes coletivos interprofissionais exigidos pela diversidade dos efeitos da Demanda Social do território.

Vejamos agora alguns detalhes mais específicos do modo "integração em profundidade".

A fim de melhor visualizar algumas características dessa modalidade de divisão do trabalho, serão utilizados os diagramas de Euler em uma representação gráfica envolvendo quatro áreas profissionais. Claro que podem ser incluídas mais de quatro, mas para as demonstrações que são necessárias à análise esse número é plenamente suficiente. A proporcionalidade do espaço correspondente a cada disciplina e às diferentes intersecções e complementaridades entre elas é arbitrária na representação gráfica.
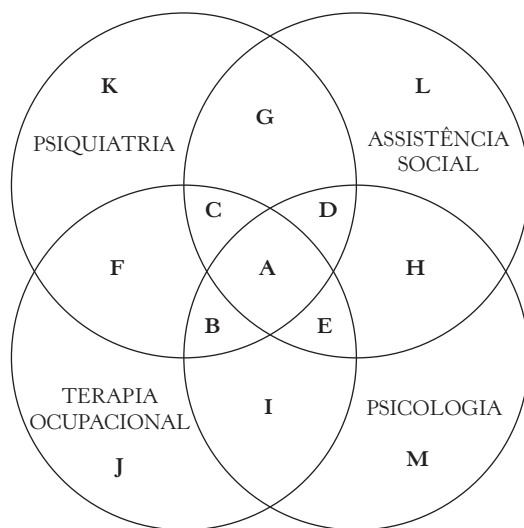
Figura 1 – Representação gráfica das possibilidades de inter-relação para quatro profissões no trabalho em Saúde Mental, pelos diagramas de Euler.

As áreas J, K, L, M correspondem ao que seria estritamente específico a cada uma dessas quatro disciplinas. Aí estariam incluídos, por exemplo, a medicação para a psiquiatria; algumas atividades dos programas de reabilitação para a terapia ocupacional; algumas atividades das psicoterapias e da avaliação psicodiagnóstica para a psicologia; e a avaliação e intervenção em aspectos sociais, para o serviço social. Vale a pena frisar que são apenas de alguns exemplos, que não esgotam as áreas de especificidade dessas disciplinas em situações concretas. É preciso analisar cada situação quanto à composição dos grupos interprofissionais, e quanto à formação possuída por cada profissional naquele momento, pois já está claro para todos que em geral a formação básica fornecida pelas universidades está longe de atender as condições necessárias à Atenção Psicossocial. A discussão já está chegando à universidade, mas ainda bastante timidamente. Também é sabido que, enquanto isso, o próprio Ministério da Saúde mantém alguns programas importantes e bem orientados com foco na formação em ação. Ou seja, o princípio é: quem faz sabe e pode reproduzir numa espécie de cadeia esse fazer-saber. Contudo, as várias observações dão conta de que, apesar dos avanços localizados, todo esse esforço ainda precisa ser redobrado para fazer frente à complexidade das situações, sobretudo dos médios e pequenos municípios.

As áreas F, G, H, I, CAE, BAD poderão conter os aspectos comuns ao terapeuta ocupacional e psiquiatra, assistente social e psiquiatra, psicólogo e assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional, assistente social e terapeuta ocupacional, psiquiatra e psicólogo, respectivamente. Por exemplo, poderemos pensar no domínio de uma mesma técnica de trabalho com grupos com finalidades diversas pelo assistente social e pelo psiquiatra, conjuntamente; poderemos pensar na atividade correlacionada do psicólogo e do terapeuta ocupacional no trabalho com os sujeitos em momentos de crise na psicose; enfim a esses espaços correspondem todas as possíveis composições práticas dessas quatro modalidades profissionais em combinações de dois a dois. É possível pensar na pertinência dessas combinações tanto em atividades conjuntas quanto pela preponderância nas situações dadas, de aspectos correlacionados com as teorias e as técnicas dessas disciplinas profissionais, porém não é necessário encontrar sempre uma combinação pertinente, o que significa que na prática alguns desses espaços da representação gráfica podem ficar vazios; bem como outras combinações precisarão ser inventadas.

As áreas representadas por B, C, D, E poderão conter os aspectos do trabalho que são comuns respectivamente a psiquiatria, terapia ocupacional e psicologia; terapia ocupacional, psiquiatria e serviço social; psiquiatria, serviço social e psicologia; serviço social, psicologia e terapia ocupacional. Podem ser várias as atividades em que se demonstra pertinente a atuação conjunta das três especialidades nessas várias combinações. Um exemplo, entre outros, em que trabalhamos com uma equipe composta de três especialidades profissionais, exatamente o tipo ilustrado pela área D, é no trabalho com crianças e suas famílias a partir de demandas consideradas passível de Atenção ambulatorial. Aspectos gerais de análise e compreensão das situações exigiam a ação integrada de conhecimentos de "psiquiatria infantil", "psicologia do desenvolvimento" – como eram nomeados os conhecimentos da psicologia originários da psicanálise –, e "aspectos sociais", esses poderiam ser acrescentados pelo assistente social ou pelo sociólogo em outro momento da instituição. Não é preciso dizer que vários aspectos desses conhecimentos que podem ser considerados específicos (até por critérios corporativistas) eram, na prática, compartilhados, tanto a partir dos conhecimentos básicos de cada profissão quanto, sobretudo, pelo efeito da experiência compartilhada ao longo do tempo. Todas essas observações são válidas para a produção das ações específicas da Atenção, tornando ainda mais complexas as situações de compartilhamento de ações e conhecimentos entre as três áreas profissionais. Os exemplos e os tipos de combinações, mesmo de três, são infinitos. O mais importante é sublinhar que no PPS as combinações raramente podem ser feitas *a priori*, e, mesmo nesses casos, devem poder ser refeitas.

A área A pode representar o espaço de atuação comum às quatro especialidades profissionais. Um exemplo pode ser a atuação conjunta nas situações de crise dos indivíduos frequentadores do programa de atividades de Atenção intensiva do Caps. Mas seguramente pode representar a atuação conjunta em quaisquer outras situações, compartilhando ações simultâneas nos mesmos espaço e tempo, ou em espaços e tempos diferentes em um mesmo projeto terapêutico singular, ou em vários, quando se trata de ações grupais. Também é só um vislumbre das infinitas possibilidades da área A.

O exercício dessa modalidade de divisão do trabalho, mesmo a partir das condições concretas dadas nos diferentes estabelecimentos institucionais, tem demonstrado a pertinência de que os aspectos teórico-técnicos, ideológicos e éticos estejam circunscritos à área A, independentemente de quão

amplo e diverso seja o conjunto interprofissional. Certamente não estamos nos esquecendo da luta paradigmática dada *in vivo*; mas justamente, vale a pena explicitar que, nessa "liberação das regiões conquistadas", prioridade deve ser dada à ética da Atenção Psicossocial, a certas "técnicas indistinguíveis dela etc., sob pena de nunca se conseguir superar o caos taylorista que caracteriza o estado atual do trabalho interprofissional no PPHM. A existência de um mínimo de consonância ética e teórico-técnica geralmente permite o aprofundamento da consideração de aspectos políticos e sociais nas ações, além do domínio maior dos conhecimentos e técnicas, para além das dificuldades de natureza ideológica. Em favor dos sujeitos do sofrimento, este parece o caso em que não se devem desprezar os avanços que podem ser obtidos através de "acordos e armistícios", mesmo provisórios. Vale a pena deixar explicitado que nenhum dos aspectos anteriormente assinalados se esgota na referida área correspondente dos diagramas que escolhemos como exemplo, ou seja, os aspectos teórico-técnicos, por exemplo, não estão apenas em A, podem estar distribuídos, ainda, por todos os espaços do diagrama. Também é verdade que quanto mais a ação da unidade de produção interprofissional for capaz de recuperar sua dimensão de práxis, mais ela tenderá a ser representável pela ária A dos diagramas. Esse é certamente o caso das unidades de recepção-escuta nos primeiros momentos de contato com as demandas, e das unidades interprofissionais nomeadas "equipes de matriciamento"[7] das questões psíquicas na Atenção Básica.

Ainda a propósito das áreas F, G, H, BAD, CAE, B, C, D, E será preciso dar alguma atenção à preponderância que pode haver de uma ou outra dessas áreas, em relação às demais, de acordo com os efeitos da Demanda Social a que se trate de responder. No trabalho ambulatorial com sujeitos cujo impasse esteja relacionado às psicoses, por exemplo, pode haver um alargamento

7 O município de Campinas (SP) foi o primeiro a realizar a prática do apoio matricial às equipes da Atenção Básica, por equipe interprofissional "psicossocial", com a finalidade de trabalhar aí mesmo uma série de aspectos e situações psíquicas que não requerem ação específica de equipes ou equipamentos especializados. O apoio matricial como arranjo institucional criado para reorganizar a rede básica de Saúde foi recentemente incorporado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2003) como estratégia de gestão para a construção de uma rede ampla de cuidados em Saúde Mental. Destacamos a importância desse dispositivo para as práticas da Atenção Psicossocial, pela abertura de novas perspectivas, sobretudo na integralidade das ações junto aos sujeitos e suas famílias no Território, e também pelas concepções do sofrimento e da Atenção.

da área B, que corresponde ao trabalho do psiquiatra, do psicólogo e do terapeuta ocupacional (naturalmente dependendo do tipo de formação de cada um, já que essas poderão variar), podendo também incluir a participação de outras profissões como educadores físicos, artistas plásticos, ou outros trabalhadores da dimensão da expressividade estética, que entraram no campo da Atenção ao sofrimento psíquico a partir das inovações introduzidas pela Atenção Psicossocial; a área H pode corresponder a uma série de trabalhos territoriais realizados diretamente nas outras instituições da área geográfica vizinha, em que é comum a presença do serviço social e da psicologia, mas também não exclusivamente. A ampliação da Atenção Psicossocial para além da ideia do Caps, na direção da Estratégia Atenção Psicossocial, certamente alargará os horizontes também da criação de novas "unidades produtivas".[8]

Essa representação gráfica nos permite também ilustrar os casos de atuação simultânea em espaços de intersecção e de especificidade. Dessa forma, os espaços G, D, H, K, L, M aglutinados servirão como representação de uma atividade em que estão incluídos aspectos que são específicos simultaneamente do psiquiatra do psicólogo e do assistente social (KLM), e aspectos que poderão ser comuns ao psiquiatra e assistente social (G); ao psiquiatra, assistente social e psicólogo (D); e ao assistente social e psicólogo (H). Pode-se pensar na compreensão dos determinantes do sintoma no momento de recepção do sujeito em casos em que podem estar em jogo aspectos orgânicos, psíquicos e sociais (KLH); na avaliação das condições de suporte familiar e territorial para um esquema de medicação de urgência, sem internação hospitalar (G); planejamento e realização de uma visita familiar em uma situação de crise (D); uma intercessão conjunta de duas profissões em uma família no domicílio (H). Pode-se pensar ainda que os espaços G, D, H representam aspectos da teoria e da técnica comuns a essas três especialidades.

Poderíamos esquadrinhar todos os setores desses diagramas em diversos tipos de combinações diferentes, conforme o exemplo concreto de atuação de que se tratasse, mas deixaremos por aqui essas indicações, cujo valor maior é apenas heurístico, para a análise da questão. Fica como sugestão para a discussão geral da interprofissionalidade que as equipes realizem "oficinas" de exercício *in vitro* em que tentam fazer o confronto entre as possibilidades heurísticas e as situações concretas; entre outras finalidades,

8 Ver ensaio 3 "A Estratégia Atenção Psicossocial: novas contribuições", neste livro.

servirá para análise do grau de compartilhamento dos diferentes aspectos da questão, ajudará no melhor reconhecimento das diferenças derivadas dos fundamentos de cada profissão e dos posicionamentos ideológicos e éticos etc. Para a discussão, pode-se até sugerir que a área A do diagrama deverá representar os aspectos ideológicos e éticos das unidades de produção interprofissional; só assim se podem obter condições mínimas para que esses grupos de trabalho cheguem ao estatuto que a psicanálise dos coletivos define como "transferência de trabalho"; isto é, coletivos capazes de se ocuparem especificamente da "tarefa" real para a qual foram formados, superando os entraves essenciais da mediação imaginária e ideológica com os quais necessariamente se apresentam a demandas.

Quanto aos níveis da teoria e da técnica, esses poderiam estar simultaneamente em todos os espaços dos diagramas contanto que se tenha claro que deve haver alguns setores da teoria e da técnica que só são pertinentes a determinadas áreas ou subconjuntos delas.

Se estivéssemos lidando com profissões surgidas em alguma correlação racional com demandas de saber e ação interprofissional relacionadas com a Demanda Social deveríamos poder conceber que as áreas J, K, L, M representam saberes e práticas absolutamente específicos. Sabemos que não é assim, as profissões que encontramos presentes no campo da Saúde Mental Coletiva surgem a partir de outras determinações. Portanto, o tratamento da questão exige uma atitude crítica.

Uma diferença importante dessa modalidade do relacionamento interprofissional em relação à modalidade taylorista diz respeito à possibilidade das trocas na discussão conjunta dos aspectos teórico-técnicos e dos aspectos ideológicos em cada situação específica. A reunião clínica é o espaço designado para isso. Desse modo é possível conseguir muito mais do que a simples justaposição no espaço e no tempo, das diferentes contribuições; é o que justifica a introdução dos termos "integração em profundidade".

Finalmente é preciso assinalar que a escolha das profissões e a proporção em que se juntam decorrerão das exigências concretas das diferentes situações psíquicas que se apresentam. Pode-se dizer que, de modo geral, as exigências da atuação conjunta de várias especialidades profissionais deverão variar de forma decrescente em um continuum que vai desde as atividades da escuta inicial até a inserção dos sujeitos em qualquer dos recursos terapêuticos à disposição, quando isso for pertinente. Depois do momento da análise

das características da demanda e da eleição dos recursos com que se pretende lidar com ela, parece plausível pensar no privilégio de certas especialidades para certos aspectos mais delimitados dos problemas. Nesse contexto, o encontro de apenas um profissional e um sujeito que demanda tratamento já não significa que se trate da relação isolada de uma especialidade técnica com um indivíduo com uma problemática privatizada, como no modo taylorista.

Não podemos encerrar a análise da modalidade "integração em profundidade" sem duas observações finais. Primeira, é preciso considerar quão ideológica, quando não aleatória, é a composição dos campos profissionais e de seu pretenso somatório. Nem sequer é possível afirmar que cada profissão está respaldada por um campo disciplinar. A enfermagem, a assistência social, a terapêutica ocupacional aparecem como fazeres auxiliares. A segunda observação diz respeito ao alcance e limitações dos diagramas de Euler para as representações das diferentes relações entre as profissões na Atenção Psicossocial. Neles é possível perceber apenas as áreas específicas e as de intersecção, fica fora de suas possibilidades de representação uma série complexa de acontecimentos, que não figuram nessa metáfora das superfícies: os pontos e os espaços de intercessão, de afetação e desestabilização mútua, até de subversão, cuja consideração é absolutamente necessária para superar a fragmentação taylorista e o próprio modo cooperado em seus aspectos disciplinares.

A transdisciplinaridade e o exercício profissional na Atenção Psicossocial

Nosso objetivo neste trabalho não tem sido apenas apresentar mais uma elaboração teórica que venha somar-se aos estudos do tema, hoje não tão raros como no tempo de nossa primeira contribuição em 1987, embora essa ainda continue uma referência praticamente isolada quando se trata especificamente da Atenção Psicossocial. O ângulo sob o qual recortamos o tema da interdisciplinaridade e da exigência de sua passagem à transdisciplinaridade, e a perspectiva da nossa análise continuam fieis à meta de contribuição direta para a transformação do estado dado da situação concreta dos coletivos de trabalho no campo da Saúde Mental Coletiva. Por isso procuramos nos ater, antes de tudo, ao conhecimento que vem da experiência de

pôr os pés nessa terra, de conviver no mesmo plano daqueles a quem nos dirigimos. Não se trata de "ensiná-los", nossa pequena contribuição é mais um convite, às vezes mesmo uma conclamação, à ação e à reflexão sobre a complexidade de mais um "dispositivo" de que devemos nos apropriar se pretendemos avançar na conquista da hegemonia dos interesses sociais e valores éticos da Atenção Psicossocial e suas consequência práticas.

Temos falado explicitamente em profissões, "fazeres técnicos", sabendo que para os trabalhadores só num horizonte mais ou menos distante aparecem as disciplinas como "saberes-fazeres" resultantes do "espírito da especialização" e da "verdadeira divisão do trabalho na sociedade do Modo Capitalista de Produção" – a separação e o posterior exílio do fazer-pensar, que atingiu a própria ciência como práxis produtora de conhecimento. Sabemos que do lugar de trabalhadores técnicos em que estamos posicionados a questão se torna dificilmente apreensível. Ideológica e praticamente separados do conhecimento e do saber real dos conflitos e contradições que nos atravessam ficamos situados num plano que é homólogo ao dos sujeitos que nos interpelam na clínica. Sem psicologismo, não é por acaso que vemos com facilidade reproduzirem-se entre os trabalhadores os mesmos sintomas e impasses que trazem os sujeitos do sofrimento que se dirigem a eles. Longe de se esgotar nisso, há muitos outros sofrimentos que nos são específicos, como a discórdia nos coletivos interprofissionais a que já nos referimos, mas também não é nada difícil vermos os efeitos da culpa e frustração não analisadas derivadas da percepção e da consciência aguda de nossa "insuficiência" e dos efeitos dela na população que nos procura (Costa-Rosa, 2000). Como recuperar o saber inerente e presente em nosso "fazer técnico" sem abordar o tema da superação das disciplinas que lastreiam as nossas "profissões"?

Já temos adiantado em vários momentos deste trabalho a exigência ética de superação do princípio sujeito-objeto em todos os planos da relação entre os homens. Nosso ponto de partida é a tomada da transdisciplinaridade como superação do princípio sujeito-objeto que fundamenta os nichos de saber-fazer de que se originam nossas profissões como especialidades; princípio que se repete em nossas práticas imediatas mesmo quando nosso referente é o homem com seu corpo e sua subjetividade (não que nós também não sejamos algumas vezes inundados por humanismos *ad hoc*).

É conveniente sublinhar que ao realizar esse recorte da transdisciplinaridade sabemos muito bem qual a amplitude do passo a ser dado e sua

proporção atual em relação ao tamanho das pernas necessárias. Nossa hipótese neste trabalho tem sido a de que o exercício da interprofissionalidade fundada nas disciplinas no modo "integração em profundidade" – e sua crítica fundada nos conhecimentos e na ética do materialismo histórico e da psicanálise freudiana retomada por Jacques Lacan – são passos lógicos necessários para se poder chegar ao questionamento, de fato, dos aspectos disciplinares em ação em nossas praticas diversas, mas sem esquecer de que estamos postos para atender a efeitos da Demanda Social que se expressam comumente em formas de sofrimento privatizado insuportável.

Devemos contar com a possibilidade de que esse exercício como ponto de partida inevitável nas situações estabelecidas e sua crítica cotidiana sejam capazes de encorajar e introduzir a prática da transdisciplinaridade nas ações da Atenção. Essa revolução paradigmática tem uma série de argumentos técnicos, ideológicos, e até humanitários (como podemos facilmente ver justificado nas críticas à deterioração das práticas disciplinares do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM)).

Como, porém, é sobejamente sabido a esta altura desta análise, nosso argumento rei funda-se na ética, porém numa ética – que não é deontologia, esta as próprias disciplinas se têm encarregado de prover – capaz de pôr em foco os efeitos de nossas práticas e, sobretudo, os desdobramentos sociais e ético-políticos desses efeitos. A retomada do artigo sobre a ética na Atenção Psicossocial, presente nesta coletânea poderá ser aqui de grande valia.

Falamos em ética do desejo e do carecimento como horizontes de referência para posicionarmos as práticas e o saber – ponto de retomada obrigatória do conceito de práxis, marxiano retomado por Lacan: fazer-saber, isto é, há saber em todo fazer, primeiro aspecto; porém, no essencial é impossível saber pelo outro dos conflitos e contradições em atravessamento, segundo aspecto. Como interceder na possibilidade daquele que nos interpela recuperar o saber próprio hipotecado, único capaz de ajudá-lo a se reposicionar em relação aos conflitos e contradições em que recusa circunstancialmente reconhecer-se atravessador-atravessado, sem o reconhecimento prévio, logicamente, de nossos próprios atravessamentos como trabalhadores desse processo de produção tão singular?

Nas discussões da transdisciplinaridade na produção de conhecimento raramente vemos algo diferente da proposta de alargamento e fronteiras disciplinares (Nunes, 2002; Almeida Filho, 1997; Furtado, 2008), uma rara

exceção deve ser mencionada. Passos e Barros (2000, p.76) em sua discussão também se dirigem à Clínica. Falam em subversão do eixo que sustenta os campos epistemológicos das disciplinas "graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito-objeto, quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos". Sua argumentação, se cuidadosamente examinada, pode nos servir de precioso trampolim para o salto a exercitar: a introdução da transdisciplinaridade nas nossas práticas profissionais. Entretanto, os "ornamentos" que devemos acrescentar a essas contribuições são decisivos.

Primeiro, o reconhecimento de que o homem só pode ser sujeito de conhecimento. Ele é intrinsecamente produtor de conhecimento, portanto nenhum homem pode saber pelo outro. Segundo, o assentimento de que todo fazer humano é práxis, fazer-saber, ou seja, não é o conhecimento que possui anterioridade lógica; por isso o rompimento das barreiras sujeito-objeto depende da crítica radical à divisão do trabalho na produção em geral e na do conhecimento em particular, recuperando o saber intrínseco a todo o fazer, tanto "profissional", quanto nos próprios processos de subjetivação. Em diferentes momentos temos feito cintilar tese heideggeriana do homem como ser de cura (*Sorge*), ou seja, como produtor de saber inconsciente ininterrupto e infinito para responder às injunções do real e de sua realidade, especificação feita por Jacques Lacan (1988). Terceiro, nossa práxis cotidiana de trabalhadores da Atenção é o *lócus* do exercício de superação das práticas disciplinares em que ainda estamos imersos. Daí a pertinência da tática tantas vezes enunciada de ocupação das brechas abertas no instituído dominante, isso é muito preciso.

Finalmente, é urgente nos apropriarmos da compreensão da radicalidade das conquistas da política nacional de Saúde, que se traduziram em novos dispositivos institucionais prontos para serem tomados como espaços "liberados" da reprodução das contradições presentes no contexto da Saúde. Ou seja, nas instituições da Atenção Psicossocial essas contradições se apresentam de modo favorável à sua superação. Isso nos permitirá ir, de imediato, muito além dos avanços micropolíticos, que são bons e necessários, mas este momento já nos exige ousar um pouco mais. Devemos ocupar os novos dispositivos institucionais como campos – não de concentração como parecem ter funcionado, até o momento, vários Caps – em zona de "guerra", mas totalmente liberados pelo ideário e as conquistas jurídicas das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, para exercício real de novos modos de

vida social e institucional, novos modos de subjetivação e novos modos de divisão do trabalho no processo de produção da saudessubjetividade.

É importante sublinhar que nossas contribuições não são doutrinárias, embora certamente tenhamos nossa própria opção ética. Indicamos dois exemplos possíveis de clínica transdisciplinar dentro da ética da Atenção Psicossocial, que compartilham táticas que podem ser consideradas homólogas, embora referidas de modo conceitual diferente e com alguns operadores diferentes. Nossa aposta é que o conhecimento das contradições e a clareza da importância das opções ético-políticas ajudem a evitar o deslocamento das contradições reais para lutas entre diferentes táticas singulares que compartilham a mesma ética e a mesma política. Dado o estado atual da divisão do trabalho na Atenção Psicossocial, sabemos quanto essas duas modalidades da práxis ainda estão distantes. Já será uma grande conquista de muitos grupos colocarem a prática transdisciplinar como horizonte ético-político.

O que podemos encontrar de práticas transdisciplinares nas instituições da Atenção Psicossocial que pudemos conhecer é ainda muito mais exceção do que regra.

O ideário da Atenção Psicossocial está atravessado por uma série de proposições relativas à recuperação dos direitos civis dos sujeitos do sofrimento, considerando a importância da retomada do seu protagonismo social e político, em suma, do seu poder de contratualidade social. Nessa direção há muito tempo tem sido realizada uma série de práticas em forma de "oficinas", geralmente explorando a dimensão estética e a reinserção sociocultural. É uma modalidade de trabalho importante da Clínica Ampliada em que algumas vezes vemos aflorar a atitude transdisciplinar, mas comumente ainda de modo aleatório.

Além disso, vêm-se algumas práticas em que a psicanálise de Lacan é aplicada. Das técnicas fundadas no conceito de transferência, e na ética como "bem dizer o desejo" parece vir o essencial da atitude de devolver aos sujeitos o protagonismo e a palavra em sentido pleno na produção do reposicionamento subjetivo visado. Levam-se em conta as produções dos sujeitos, mas também a produção "de sujeito", ou seja, os processos de subjetivação como dimensão singular do homem. Nessas situações e nas anteriores a atitude transdisciplinar é comumente exercida por um trabalhador "individual".

Em algumas instituições a reunião geral e a reunião clínica têm funcionado como espaço-tampo de planejamento e realização de trabalho coletivo

cooperado, atualizado nos chamados projetos terapêuticos singulares. Nesses casos parece que se está fora do modo taylorista, e os contornos da práxis parecem aproximar-se mais da outra modalidade de trabalho cooperado que descrevemos acima.

É possível ainda notar que ao se desfazer a estrutura disciplinar também se transformam radicalmente dos antigos contornos disciplinares e profissionais. Trabalhadores de um novo tipo, ainda com algumas especificidades teóricas e técnica, mas certamente com mais pontos de homologia, que definem a singularidade da práxis. Se quisermos considerar ainda úteis as representações anteriores a partir dos diagramas de Euler para pensar as práticas profissionais transdisciplinares, é possível dizer que se alarga ainda mais a área metaforicamente designada pela letra A, e aumentam as possibilidades de intercessão que ficaram fora dessa representação.

Com contornos teóricos mais especificamente definidos encontramos duas propostas de superação dos especialismos e das disciplinas e seus efeitos no processo de produção da *saudessubjetividade*: uma baseada na psicanálise de Lacan e outra fundada em algumas proposições da filosofia da diferença de Deleuze com elementos da psicanálise de Freud. Trata-se dos dispositivos definidos como "prática entre vários" e como "plano da clínica transdisciplinar". Esses dispositivos são, portanto, fundados em campos de conhecimento originariamente não disciplinares.

A prática entre vários

O Modo de Produção denominado "prática entre vários" pode ser considerado uma forma de exercício transdisciplinar na Atenção Psicossocial. Essa forma de "trabalho cooperado" é ilustrada a partir da clínica com sujeitos

> em que acontecimentos repetitivos se apresentavam como formas desreguladas de gozo, convocando uma intervenção da equipe. O risco, em casos como esses, é alguém vir a encarnar o Outro, a partir do lugar de mestre, daquele que acredita deter o saber sobre o sujeito, este destituído de sua posição e tratado como objeto de gozo, o que só reproduz a repetição do gozo. (Figueiredo et al., 2006)

A "prática entre vários" está totalmente referenciada nos princípios lacanianos de aplicação da psicanálise como conjunto de táticas referidas a

uma ética e uma política, e depende do desejo decidido de alguns para que o processo de trabalho nesses contornos seja desencadeado, transformando sentimentos em oportunidades práticas.

Dadas essas mínimas condições no coletivo de trabalho, um importante passo tático é interceder nos efeitos da Demanda Social (a "prática entre vários" foi desenvolvida inicialmente a partir de efeitos radicais como o "autismo" e as "psicoses") a fim de conseguir a "transferência de trabalho" com sujeitos, cuja situação implica que o maior risco seja a "objetificação". Nesses casos, ainda mais do que nas situações comuns relacionadas com as problemáticas da constituição subjetiva por recalcamento (*Verdrängung*), cabe ao coletivo de trabalhadores permitir o deslocamento posterior dessa "suposição de saber no trabalhador" para uma "suposição de saber do sujeito", instalando-se o coletivo de trabalhadores numa "posição de não saber", única capaz de produzir a implicação subjetiva do indivíduo que se queixa no saber de sua história e no saber significante novo a ser produzido, na direção da ética de implicação subjetiva no desejo e carecimento.

A "prática entre vários" se articula em torno de três eixos. A reunião dos trabalhadores como importante espaço-tempo em que vige a fala. Aí se trocam significantes e se analisam atos repetitivos visando construir em cada um a atitude de favorecer e recolher as produções inconscientes "nos acontecimentos de fala e linguagem e reportá-los para a construção do caso em equipe, não recuando diante do contrassenso, do mal-entendido, paradoxo, capazes de fazerem surgir a cristalização da linguagem" (Figueiredo et al., 2006, p.5).

Utiliza-se a função do "responsável terapêutico" como um segundo eixo. Essa pode ser encarnada por qualquer trabalhador da equipe, desde que esteja posicionado para a possibilidade de recepção-escuta dos efeitos da Demanda Social (que podem ser definidos desde derivas angustiosas de gozo em estados de maior ou menor desagregação da realidade psíquica até os mais diversos efeitos das injunções do real e da realidade sobre a realidade psíquica). Os autores afirmam que a pluralização dos trabalhadores nessa posição constitui uma diluição do Outro imaginário a que os sujeitos do sofrimento se remetem transferencialmente. Conta-se com o posicionamento analítico para superar os especialismos disciplinares, apressados em tratar as disfunções. Afirma-se, de passagem, que a unidade de trabalho "entre vários" "não é uma equipe interdisciplinar", aparentemente

concebendo o modo taylorista e disciplinar como a única forma possível. Não há dúvida de que "a prática entre vários" consiste numa modalidade de trabalho homóloga à que definimos como transdisciplinar, como desdobramento da exigência ética da Atenção Psicossocial. Penso que a questão crucial continua sendo a da conquista dessa posição para os trabalhadores independentemente de suas originárias especificidades disciplinares. O exame dos pré-requisitos e meios para se chegar à atitude transdisciplinar nas práticas é o foco deste ensaio.

A "transferência de trabalho" para com o ensino de Jacque Lacan é colocada como o terceiro eixo da "prática entre vários". Certamente é uma aspiração legítima que compartilhamos, sobretudo porque existem homologias e sintonias com a ética da Atenção Psicossocial tal como a temos recortado do materialismo de Marx e da própria psicanálise de Lacan.[9] Os autores tomam a precaução de afirmar não se tratar de formar analistas nem de psicanalisar a instituição. É preciso insistir na dimensão transdisciplinar da psicanálise do campo lacaniano como um ponto de partida essencial para a Clínica Crítica na Atenção Psicossocial, depois virão as outras contribuições, cujo exercício como vemos já vai a caminho.

Plano da Clínica transdisciplinar

Para não alongar ainda mais este ensaio, iremos apenas mencionar outras formas de trabalho e reflexão que também percebemos em nossa imersão no campo da Atenção Psicossocial. São modos de conseguir a transdisciplinaridade a partir dos princípios da filosofia da diferença de Gilles Deleuze complementada com aspectos da psicanálise freudiana considerada em sentido amplo. Entre as práticas encaminhadas nessa direção, que pude identificar e perceber nas intercessões realizadas, muito poucas situações parecem ser capazes de fazer justiça à articulação teórico-filosófica e ética das possibilidades explicitadas por Passos e Barros (2000), a partir do conceito de "plano da Clínica". A definição do plano da clínica transdisciplinar feita por esses autores fornece importantes princípios e meios a construção de uma Clínica Crítica Ampliada dos processos de subjetivação na Atenção Psicossocial. Alguns argumentos importantes se desenrolam no plano epistemológico:

9 Ver o ensaio 8 "Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise", neste livro.

> Pois não só o objeto é construído, mas o sujeito e o sistema teórico conceitual com o qual ele se identifica, eles também, são emergentes de um plano de constituição que não se pode dizer ter a unidade e a homogeneidade de uma disciplina ou do campo científico, já que é composto de materiais heteróclitos, de diferentes gêneros. Há componentes teóricos e tecnológicos, mas também estéticos, éticos, econômicos, políticos e afetivos que se atravessam neste plano, impulsionando seu mecanismo de produção de realidade, seja ela objetiva ou subjetiva. (Passos; Barros, 2000, p.76)

Recortando um aspecto da noção deleuziana de intercessor:

> A clínica transdisciplinar se formaria como um sistema aberto onde o analista não apenas cria intercessores, elementos de passagem de um território a outro, mas onde ele próprio seria um intercessor. Produzindo agenciamentos misturando vozes, as enunciações, agora sem sujeito [entenda-se, sem eu] nasceriam da polifonia dos regimes de signos que se atravessam [entenda-se, significantes]. (ibidem, p.78)

De minha parte, vejo muito mais homologias estruturais com a psicanálise de Jacques Lacan e o materialismo histórico de Marx do que aporias. Mesmo porque é sabida a origem materialista e freudiana da elaboração deleuziana, do mesmo modo que são absolutamente flagrantes as referências marxianas, além das freudianas, em Lacan (Bruno, 2004; Miller, 2005). Na explanação dessas duas formas de Clínica transdisciplinar pôs-se em destaque a Clínica *strictu sensu*, por comodidade de argumentação e análise, mas o leitor saberá ser generoso e derivar nossa reflexão para outros contextos abrangendo a Clínica Crítica Ampliada dos processos de subjetivação.

Questões finais

O modo taylorista é negação da negação

Quando analisamos o momento correspondente ao modo taylorista e às tentativas de sua superação, não é para negar todo o trabalho da constituição das equipes interprofissionais atuais, mas para ajudar na sua transfor-

mação na direção da atitude transdisciplinar. Pois, se, por um lado, esses momentos podem ser analisados como formas de reprodução da alienação e da dominação de classe, por outro, não se pode esquecer seu valor de negação de um instituído anterior que eles vão ajudando a superar. Como o modo taylorista deve ser superado pelo modo da integração em profundidade, o mesmo deverá ocorrer com ele em relação ao modo da transdisciplinaridade. Trabalhamos com a hipótese de que essas superações estão em curso, ousamos pretender apressá-las. O coletivo "integração em profundidade", após se dar conta das dicotomias que foi levado a reproduzir, e da postura necessária ao exercício da superação, só pode sustentar uma modalidade de "grupo aberto" ao não sentido, ao disruptivo, ao enigmático, ao sintomático, ao impossível de suportar, acontecimentos que atualizam, em metonímia, os processos de subjetivação nesse setor das instituições sociais. Em sua potência atualizada certamente esse coletivo passa por cada um que o compõe, mas esse um, como dito antes, já não é um só com o outro. É um participante dessa construção sujeito-Outro (imaginário e simbólico) que representa um coletivo funcionando fora da massa serializante definida por Freud.

Uma série de questões novas vai surgindo também no cotidiano imediato. Na medida em que se subverte a visão e a divisão do trabalho, qualquer pessoa da instituição que entra em contato com o sujeito faz parte dos processos de subjetivação em ação nesse momento. Deverá ser considerada integrante do coletivo interprofissional, sem perturbar a distinção trabalhadores das atividades-fim e das atividades-meio, que todos compartilham. Ainda assim deverão ser postas em questão as diferenças de salário, de número de horas de trabalho, além das relativas às posições de direção e de coordenação técnica, entre outras.

A definição coletiva dos processos de produção saúde-adoecimento-Atenção é necessária

Não há como escapar à dimensão política presente na definição desse "produto". Uma práxis que se pretenda alternativa em relação ao modo disciplinar taylorista não pode deixar de fora de sua definição nem os que o "produzem", nem os sujeitos das queixas e pedidos. Ainda mais quando se trata de um caso em que é impossível conceber a separação entre momentos

da produção e do "consumo", e entre produtores e "consumidores". Na Atenção Psicossocial e nos modos cooperados da divisão do trabalho que lhe correspondem já não tem sentido uma definição da Atenção como simples reposição de uma diferença que falta no corpo ou em qualquer outro lugar do indivíduo através de suprimentos medicamentosos ou outros. O "objeto" são crises, conflitos e contradições, até disfunções, porém a questão fundamental é como recuperar a funcionalidade fora da alienação subjetiva ou social. Está fora de cogitação conceber como válida qualquer definição da saúde considerando apenas a supressão da doença pela via da Atenção sem considerar que a saúde como tal é um polo do processo de produção saúde-adoecimento-Atenção, por sua vez resultante dos efeitos do processo social de produção da vida material em uma dada sociedade. Diante disso torna-se irrisória qualquer definição elaborada isoladamente pelos setores profissionais como representantes exclusivos do "Estado". Será preciso que ela passe pela decisão coletiva de todos os setores da instituição e pelas instâncias sociais constituídas para isso após a Constituição Federal de 1988. A esse respaldo da legislação somam-se as diretrizes ético-políticas da Atenção Psicossocial vigentes no país. Já não terá tanta importância, depois dessa definição coletiva, quais serão as especialidades pertinentes e nem a proporção da sua contribuição. É esperado que a definição coletiva dos "produtos" vá influenciar a escolha dos instrumentos necessários para sua produção, certamente já não apenas tecnológicos.

A ética como causa

Vem da atuação segundo o modo da "integração em profundidade" a necessidade e a possibilidade da redefinição do "objeto" e dos meios para lidar com ele, em termos bem diferentes da definição do modelo taylorista. Parece que a preponderância do modo taylorista tem retardado as discussões e transformações no trabalho interprofissional na Atenção Psicossocial. O ideário da Atenção Psicossocial, para além das reformas da psiquiatria, autoriza um descentramento do trabalho do coletivo em relação ao trabalho do psiquiatra como médico, embora a deriva da psiquiatria em direção à neurociência e aos fármacos tenham compensado essa perda pelo ganho de território nos efeitos pragmáticos. Essa circunstância favorece argumentos corporativistas e, o que é pior, concorre para deixar a discussão estagnada

nesse plano. Parece coerente pensar que a superação do modo taylorista em parte precede e em parte coincide com a superação da mentalidade corporativista. O estado dado da questão faz pensar que só a escolha decidida da ética, como causa para a ação, pode produzir a agregação de forças necessárias para deslocar a discussão para outro plano de intercâmbio franco entre os diferentes profissionais.

A necessidade da atitude transdisciplinar nas práticas da Atenção Psicossocial é uma consequência necessária da ética do Modo Psicossocial. É um processo de produção absolutamente específico em que a "matéria-prima" e trabalho como meios essenciais da produção são constituídos por sujeitos nos vários sentidos do termo: protagonistas dos processos sociais e políticos, e produtores de sentido capaz de produzir a implicação subjetiva nos conflitos e contradições, e no desejo e carecimento. Na atitude transdisciplinar, com as superações em que ela implica, reside a possibilidade de recuperação, pelos sujeitos do sofrimento e os trabalhadores da instituição, da segunda forma da mais-valia presente na produção da Atenção. Na produção da Atenção é impossível deixar de pensar a qualidade do "produto" como qualidade da relação de produção. Não apenas bom ou mau, mas "subjetividade capitalística", "subjetividade singularizada", "alienação", "implicação subjetiva desejante", "implicação sociocultural protagonista".

O Modo Psicossocial já parte da crítica às especialidades tanto por seu aspecto disciplinar quanto por suas características de especialismos, como pré-requisitos para a recolocação da subjetividade, como aspecto fundamental a ser cultivado, mas não em qualquer de suas modalidades, como vimos. O maior problema não decorre, portanto, de se tratar de trabalho em equipe, mas por se tratar de um trabalho em que predomina o mediador da relação na forma do Modo Capitalista de Produção, muito mais do que sujeitos do sofrimento e trabalhadores, que a atualizam. Por isso nossa insistência em sugerir atenção às formas em que se dão as relações intrainstitucionais nos diversos âmbitos.

O materialismo histórico e a psicanálise são os únicos que assentam em um objeto formal-abstrato

No que diz respeito às dimensões teórico-técnicas, é preciso considerar a uma questão ao se falar em psiquiatras, assistentes sociais, psicólogos,

terapeutas ocupacionais, sociólogos, enfermeiros e fonoaudiólogos empenhados em responder aos efeitos da Demanda Social na Saúde Coletiva. Por acaso se estará deixando de considerar tanto a psicanálise como o materialismo histórico como os dois campos que têm corpo próprio (objeto formal-abstrato) e que já nasceram como superação dos campos disciplinares?

Se o horizonte ético da Atenção Psicossocial é a implicação dos sujeitos no desejo e carecimento, é pertinente propor que isso se traduza num empuxo ao materialismo histórico de Marx e à psicanálise do campo de Freud e Lacan, surgidos totalmente fora da perspectiva cartesiana e em reação a ela. Nessas duas práxis o princípio sujeito-objeto já está abolido. Sem essa abolição pode-se ficar a meio caminho da substituição paradigmática. Passear em suas trilhas como verificação local dessa abolição pode ser uma boa tática de superação da clínica disciplinar que ainda predomina nos dispositivos da Atenção Psicossocial. Certamente se deverá passear no "re-equacionamento da relação sujeito-objeto", na "desestabilização da dicotomia sujeito-objeto", na análise da proposição do "engendramento mútuo do sujeito e do objeto no ato de conhecer", nos "planos de criação de outros objetos-sujeitos", locuções utilizadas por Passos e Barros (2000) na tentativa de formularem a superação dessa dicotomia na construção de uma Clínica Crítica e transdisciplinar. A Clínica Crítica dos processos de subjetivação em que essa psicanálise e esse materialismo são aplicados não dispensa nenhuma forma de intercessor/analisador que seja possível pôr simultaneamente em ação: intercessão entre conceitos, entre posições éticas, entre agenciadores estéticos, realizada por intercessores encarnados, pelos acontecimentos causados pelos diferentes efeitos da Demanda Social (e não só sintomáticos), intercessão provocada através dos diferentes dispositivos construídos para a estratégia de superação disciplinar. Como clínica da intercessão põe em ação um tipo particular de interferência que se dá no plano da transferência no sentido psicanalítico (não apenas transferência imaginária através da repetição dos vínculos afetivo-relacionais a que ainda hoje se quer reduzi-la em algumas críticas afobadas), como transferência circunstancial de saber pelos sujeitos do sofrimento nas figuras do Outro, designadas para esse fim pela ideologia social ampla. A clínica crítica dos processos de subjetivação na Atenção Psicossocial parte do princípio de que sempre há intercessores, a realidade é concebida como processo de intercessão, tanto os movimentos quanto as estases são sempre processos in-

tercessores. Portanto a Clínica Crítica considera circunstancial e relativo o fato do indivíduo que sofre transferir a outro seu saber sobre o que lhe acontece, por isso ela não deve esgotar sua ação na terapêutica. Já sabemos ser exigência da ética que efeitos terapêuticos venham associados a efeitos simultâneos de reposicionamento do sujeito nos conflitos e contradições que o atravessam, mas também em relação ao processo de produção de sentido às injunções da realidade e do real, produção significante que *faz* diferença. Diferença traduzida em efeitos de sentido e significantização do gozo angustioso, que Lacan expressa no matema (S1 (S1 (S1 → S2))), na conjunção da clínica do significante e da clínica do real.[10]

10 Ver o ensaio 7 "O grupo psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo na clínica na Atenção Psicossocial", neste livro.

5
Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante

No início do século XXI os psicofármacos têm plenamente consolidada sua posição de nova solução para velhos males, ao mesmo tempo que requerem novos males para a nova solução.

Neste ensaio pretende-se discutir a hipótese da existência de um modo particular de uso de psicofármacos nas práticas atuais de Atenção ao sofrimento psíquico que justifica a ampliação dos sentidos do termo medicalização já analisados e criticados por diferentes autores (Ilich, 1975; Foucault, 2002; Clavreul, 1983; Fleming, 1976). Num desdobramento dessa discussão será examinado um conjunto de dados a fim de discutir até que ponto eles são ou não suficientes para demonstrar que o consumo de psicofármacos está chegando ao estado de uma verdadeira toxicomania com as mesmas características de suas congêneres provocadas por drogas ditas ilícitas. Em outros termos, parecem cada vez mais claros os indícios de que os efeitos da "medicalização", sejam encarnados no corpo social ou no corpo individual, constituem por si sós mais uma figura do Sintoma Social Dominante.[1]

1 O conceito de Sintoma Social Dominante (SSD) é introduzido na psicanálise por Charles Melman (1992) para dar conta da relação necessária entre Modos de Produção da vida material e os modos de subjetivação. Um sintoma é socialmente dominante não quando é o mais frequente, mas quando tem a mesma estrutura da Formação Social em que ocorre. Tomemos como exemplo as toxicomanias, que podem ser compreendidas como uma relação "infinitesimalmente" não mediada simbolicamente entre o indivíduo e seu objeto-droga. Um raciocínio de análise semelhante pode ser feito para explicar o funcionamento do Modo Capitalista de Produção em sua fase neoliberal de consumo. Também aí o ideal é deixar o desenrolar dos acontecimentos totalmente dependente da "lei de mercado", sua mão invisível; ora, é preciso admitir que a lei do mercado é uma forma absolutamente particular de regulação, na qual esta tende infinitesimal mente a zero. Nos dois casos a regulação e o limite entre as par-

Nossos dados incluem: material bibliográfico composto por dados históricos e argumentos de autoridade; dados quantitativos resultantes de uma pesquisa epidemiológica sobre o uso de psicofármacos realizada no estado de São Paulo com 25 municípios de médio e pequeno portes tomados como caso singular; e dados lógicos resultantes da visibilidade produzida pelo próprio método de análise.

Convém esclarecer de imediato que não se trata de nenhum exorcismo dos psicofármacos, tão pouco de seus receitadores. Sabemos perfeitamente da pertinência de sua utilização como auxiliar nas práticas atuais da Atenção Psicossocial em que se preconiza o tratamento com a simultânea manutenção dos indivíduos no meio familiar e social. Também é fato conhecido da clínica que há casos específicos de aferramento ao gozo massivo, por exemplo, na catatonia e nas depressões melancólicas. Em todos esses casos o psicofármaco costuma ser usado como anestésico a serviço do "bem dizer" (Prota, 2010]). O que não se pode perder de vista é a função de panaceia alcançada pelos psicofármacos, contribuindo para desencorajar outras formas de expressão da Demanda Social e para desalojar outros modos de recepção e ação dos efeitos dela.

Nosso desafio é superar análises maniqueístas e permitir vislumbrar o pano de fundo desse frenesi em que "consumidores" e "receitadores" se veem arremessados: combinação de uma forma de ciência com os efeitos do neoliberalismo e da sociedade de consumo em desenvolvimento avançado. Os psiquiatras "Inquietos, insatisfeitos, atormentados pelos laboratórios e impotentes para curar, ou pelo menos para escutar uma dor psíquica que os transcende cotidianamente, parecem não ter outra solução senão atender á demanda maciça de psicotrópicos. Quem se atreveria a culpá-los?" ou desculpá-los inteiramente? (Roudinesco, 2000, p.31). Por outro lado, o termo "medicalização" pode ser aplicado à prática de qualquer trabalhador da equipe interprofissional, basta que ele coloque no centro de sua ação a resposta-psicofármaco, *a priori*; ou que ele só consiga ver os impasses sob o prisma do médico (realizando encaminhamentos obrigatórios como sequência de sua prática) e opere no laço social Discurso Médico (responden-

---

tes em ação são produzidos apenas pela catástrofe, "a morte de um no outro", como afirma Melman (1992). O SSD pode apresentar-se em várias fisionomias: destacam-se as compulsões diversas, as depressões e o pânico. Outros esclarecimentos irão sendo apresentados com a demonstração da hipótese da medicalização como uma das fisionomias do SSD.

do com um diagnóstico nosológico, ou mesmo uma interpretação fora da transferência).

Iniciamos por introduzir a hipótese de que, quando referida ao sofrimento psíquico, "medicalização" deve ser mais que um termo, de resto há muito tempo presente no vocabulário das críticas aos exageros da prática médica. Na análise geral da questão, Ilich (1975), Foucault (2002) e Fleming (1976) foram os primeiros a associar o termo a modalidades gerais da medicina e não apenas a atitudes isoladas de conjuntos maiores ou menores de seus praticantes.

Particularizando nossa análise para o campo da Atenção ao sofrimento psíquico, os argumentos só se multiplicam e se estendem da constatação do modo e das proporções de utilização dos psicofármacos até elementos da análise do laço social amplo, associados aos referidos estados atuais da ciência e da Formação Social.

Nota-se uma forma dominante de exercício da psiquiatria contemporânea alinhada com o Diagnostic and Statistic Manual (DSM): utilização do fármaco como solução "*a priori*" para todo tipo de impasse e sofrimentos psíquicos (Tenório, 2000). A pressa com que se "resolvem" os assuntos na contemporaneidade facilmente faria que "esse *a priori*" passasse por pauperização da própria práxis psiquiátrica. Porém não devemos nos equivocar: trata-se propriamente de uma modalidade da medicina mental, tecnopsiquiatria,[2] panaceia para toda forma de mal-estar psíquico, desde aquelas há muito tempo conhecidas até suas novas formas de manifestação. A palavra transtorno, que passa a nomeá-las, não tem aí apenas o peso do significante comum na língua, marca uma "transformação epistemológica importante" na forma da psiquiatria (Jerusalinsky, 2005, p.9).

Por outro lado, embora saibamos que órgãos reguladores do exercício da medicina mental indiquem uma Dose Diária Definida (DDD) de cada modalidade de medicamento, conforme o problema a que se destina, na prática constata-se que não é incomum uma utilização do medicamento sem considerar esses limites. As farmacodependências são a demonstração mais imediata do fenômeno, e entre elas a dependência de benzodiazepínicos é ape-

---

2 Autorizamo-nos a criação desse neologismo parafraseando Gonçalves (2000) e Oliveira (2006), que partem do conceito de tecnociência referindo-se à indissociação entre ciência e tecnologia em processo acelerado de mercantilização, sob a égide do neoliberalismo.

nas a mais antiga. Mas também já é por demais conhecida a indicação dos diagnósticos a partir dos efeitos induzidos pelo medicamento e sua dosagem (Laurent, 1995; Hassan, 2009). Nesses modos de uso encontra-se sempre implicado o psiquiatra "perdido nos números dos transtornos" (Quinet, 2006, p.48), e, principalmente, o sujeito do sofrimento, consumidor cada vez mais contumaz, movido pela publicidade que alimenta a crença redentora no poder dos psicofármacos e consumido por seus efeitos colaterais.

Consumidos em larga escala os psicofármacos parecem estar operando como artefatos de suprimento comum, cujo efeito maior é o amortecimento da dimensão política da subjetivação. Coser (2003), repetindo o lugar-comum da maioria das análises, situa os psicofármacos como tecnologias a serviço de estratégias de demissão subjetiva. De acordo. Essa é a base da tecnociência. Entretanto, há outra questão de fundo que parece ainda mais grave: perdida por completo a dimensão de objeção de todo o sintoma e sofrimento psíquicos, assume-se tacitamente que todo o mal-estar é mal-estar privado encarnado em cada indivíduo. A partir daí prevalece a lógica do Discurso Médico e da psiquiatria DSM atuando como medicina mental: tudo tratar como individual.

Procurar-se-á fundamentar a hipótese de que é de fato a primeira vez em sua história que a psiquiatria produz uma doença própria. Doença que ela parece resistir a designar. Só perifericamente se começou a falar de epidemia de benzodiazepinização, embora ela tenha sido notada muito cedo entre os usuários contínuos de psicofármacos. A *performance* medicocentrada e medicalizadora da psiquiatria DSM parece apostar cada vez mais em estratégias de utilização *ad infinito* dos psicofármacos, com efeitos colaterais são absolutamente previsíveis.

A compreensão adequada da medicalização como fenômeno social, cultural e subjetivo deverá incluir a análise de alguns fatores relacionados às características da ciência contemporânea e da sociedade de consumo que irão sendo abordados no decorrer da análise.

Medicalização e as reformas da psiquiatria

Pode-se traçar uma linha na diacronia de aplicação da psiquiatria medicalizadora, que remonta ao início do pós-guerra, período após o qual ela

não parou de crescer e desenvolver-se de diferentes formas. Talvez por esse crescimento, tal avanço também foi caracterizado por diferentes tentativas de abalo do edifício científico e pragmático da psiquiatria. Duas delas produziram reformulações importantes até hoje vivas em sua ética e nos meios de sua ação, entre nós.

A Psiquiatria Preventiva Comunitária merece destaque por suas repercussões no país. Caracterizada como tentativa de estender sua ação a uma grande parcela da população excluída do consumo de serviços médicos, essa psiquiatria introduz o eufemismo "Saúde Mental" para designar seu objeto de ação, e propõe a chamada equipe interprofissional como meio de ampliação da prática médica (Caplam, 1980; Donnangelo; Pereira, 1979). As primeiras críticas ao preventivismo são realizadas bem cedo por Birman e Costa (1994), que ecoam a ideias de Foucault. Insistem, sobretudo, na constatação da ampliação do potencial medicalizador da psiquiatria sobre a população em geral. Os efeitos da Psiquiatria Preventiva Comunitária ainda se fazem sentir nas práticas atuais ditas de Saúde Mental, tanto pela replicação desse modelo elevado à categoria de política pública pretensamente alternativa ao Manicômio, a partir de meados da década de 1980 (Costa-Rosa, 1987), quanto pelo fato de que "Saúde Mental" passou a nomear metonimicamente todas as políticas e todas as ações de prevenção e Atenção às diferentes formas de sofrimento psíquico; essas também passaram a ser referidas a problemas de "Saúde Mental". Em suma, o preventivismo norte-americano é responsável pela utilização de "Saúde Mental" e "Doença Mental", como sinônimos.

"Psiquiatria Democrática" é outro designativo para uma reforma importante da psiquiatria iniciada na Itália por Franco Basaglia (1985). Sua crítica, pontual e bem focalizada, visa o paradigma médico, reconhecido como cerne da psiquiatria, negando o princípio doença-cura e a própria "Doença Mental", entificada como seu objeto. Como resultado propõe-se a neutralização da inversão que fora historicamente operada pela psiquiatria, ao trocar o sujeito do sofrimento pela doença. Tomar como novo objeto a "existência-sofrimento" do sujeito em sua relação com o corpo social implica, de um só golpe, superar a Doença Mental como entificação do sofrimento psíquico e incorporar a ações exteriores ao *métier* comum da psiquiatria, a dimensão social dos efeitos comumente medicalizados por ela (Rotelli et al., 1990; Saraceno et al., 1979). Sua crítica epistemológica e seus avanços,

em termos ético-políticos, são indiscutíveis e continuam vivos, porém suas práticas não deixaram ter como coluna dorsal o médico, cuja prática girava em torno dos psicofármacos como instrumento principal, aspecto que foi sendo modificado na direção da interprofissionalidade (Laurent et al., 1998). Sua transposição para nosso contexto fez incluir na agenda política das transformações da Atenção psiquiátrica o fechamento dos manicômios e hospitais psiquiátricos, e, sobretudo, a diretriz da desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico, que certamente inclui um dos sentidos fundamentais do termo "desmedicalização".

Principalmente pelos avanços da ciência e da indústria químico-farmacêutica, uma forma psiquiatria organicista, que sempre existiu, torna-se, contudo, preponderante, sobrevivendo a todas essas tentativas de reformulação. Pode-se até dizer que tira benefício delas, muitas vezes à sombra das críticas ao Manicômio, alvo fácil de descartar em prol do Hospital Psiquiátrico sempre reformado, e do qual também vai se separando, embora ambiguamente, pondo a serviço de sua ideologia e de suas práticas gerações sempre renovadas dos psicofármacos. Talvez possamos dizer que a psiquiatria sai fortalecida das reformas psiquiátricas para usufruir dos avanços da tecnociência aplicada à indústria químico-farmacêutica, cujo desenvolvimento mais ou menos vertiginoso, afinal, também se iniciou no pós-guerra. Também parece inegável que a psiquiatria, de posse dos novos medicamentos psicofármacos, adquire o novo instrumento que faltava para aceder ao estatuto de medicina mental. Isso lhe permite acrescentar outra denotação fundamental do radical "med" presente como nunca, a partir daí, no termo "medicalização".

Se deslocarmos, por um momento, o foco da psiquiatria para o referente social a que ela se aplica, e para a situação mais ampla do trabalho da chamada equipe interprofissional, veremos que a psiquiatria se livra das críticas pela capacidade de conviver com elas, tolerando as práticas alternativas a ponto de, no Brasil, se chegar à configuração de um discurso oficial que a apresenta como outra psiquiatria (Psiquiatria Reformada) e até como uma espécie de Antipsiquiatria (quando ela se traveste de "Atenção Psicossocial"), porém, efetivamente, ainda campeia a prática da velha psiquiatria hospitalocêntrica, agora de posse de sua arma mais poderosa, os psicofármacos, capazes de substituírem, de fato, não só a tecnologia do Manicômio como também a do Hospital Psiquiátrico. Essa nova psiquiatria – que me-

rece ser nomeada "psiquiatria DSM", pela versão da tecnociência que lhe dá suporte em termos materiais e epistemológicos, e que às vezes se dá ao luxo de se autodenominar antimanicomial – tem algo melhor a fazer com o grupo cada vez maior daqueles que realmente não cabem mais nas esteiras do Modo Capitalista de Produção. A revolução química permite que a psiquiatria se torne realmente social; incluindo, com a manutenção da exclusão. Eis uma fórmula revolucionária da "nova medicalização do social": repomos por meio da inclusão social (aqui entra a ajuda das psiquiatrias alternativas), pela via do consumo de medicamentos, todos os infelizes, os queixosos desajustados, os improdutivos para o trabalho e para o consumo.

Está plenamente construída uma importante denotação contemporânea do termo "medicalização": vigilância e assepsia (micro)política do corpo individual e do corpo social, garantido o processo de reprodução do capital (mais que oportunamente) investido na pesada indústria químico-farmacêutica. Trata-se de repor, pela via das relações sociais da produção em Saúde Mental (na realidade Atenção ao sofrimento reconvertido em doença), as formas da produção da subjetividade serializada ou capitalística (Guattari; Rolnik, 1986). Modo de subjetivação do qual, pode-se dizer, resultam as próprias problemáticas que visitam assiduamente a Clínica da psiquiatria DSM. Seu desprezo pela mensagem do sujeito do sofrimento é o efeito imediato da sua visão empirista. Praticamente vazia de hermenêutica. Dar a palavra ao sujeito do sofrimento, nem pensar. Apesar de todas as oportunidades, ao longo de suas muitas reformas históricas.

Dados epidemiológicos da medicalização

Apresentamos alguns dados de um levantamento epidemiológico sobre o consumo de psicofármacos realizado numa região do interior do estado de São Paulo abrangendo 25 municípios de médio porte populacional (cem mil habitantes) e pequeno (abaixo de cem mil). A pesquisa foi operacionalizada nos princípios da epidemiologia e da metodologia do "caso singular" (Rey, 1999; Lacan, 1980). Essa metodologia, fundada nos princípios da metodologia dialética de produção de conhecimento, permite conferir a nossos achados o estatuto de representatividade universal do fenômeno estudado. Nossa hipótese é que os dados são representativos da situação do

uso de psicofármacos para todo o interior do estado de São Paulo e também, pelo menos, para interior dos demais estados das regiões Sul e Sudeste do Brasil. Por uma série de circunstâncias, que não cabe detalhar, nosso acesso ao banco de dados compreendeu a série histórica 2002-2006, portanto devemos supor que as tendências observadas podem ter se agravado nos anos subsequentes. Os quadros que seguem constituem uma síntese modificada extraída do artigo "Prescrição de psicofármacos e prevalência de transtornos mentais em uma região de saúde do estado de São Paulo: análise e reflexão sobre uma prática" (Rosa; Costa-Rosa; Lamb, 2010).

	2002	2003	2004	2005	2006
Antidepressivos	10,9	8,0	8,4	11,0	15,6
Estabilizadores de Humor	23,3	11,8	9,4	13,2	19,8
Antipsicóticos	6,8	3,4	3,0	3,5	5,4

	2002	2003	2004	2005	2006
Ansioliticos e hipnóticos	13,2	6,8	7,1	9,0	12,4
Anticonvulsivantes	9,8	0,6	0,2	0,2	0,0
Antiparkinsonianos	5,7	3,6	3,2	4,8	7,2
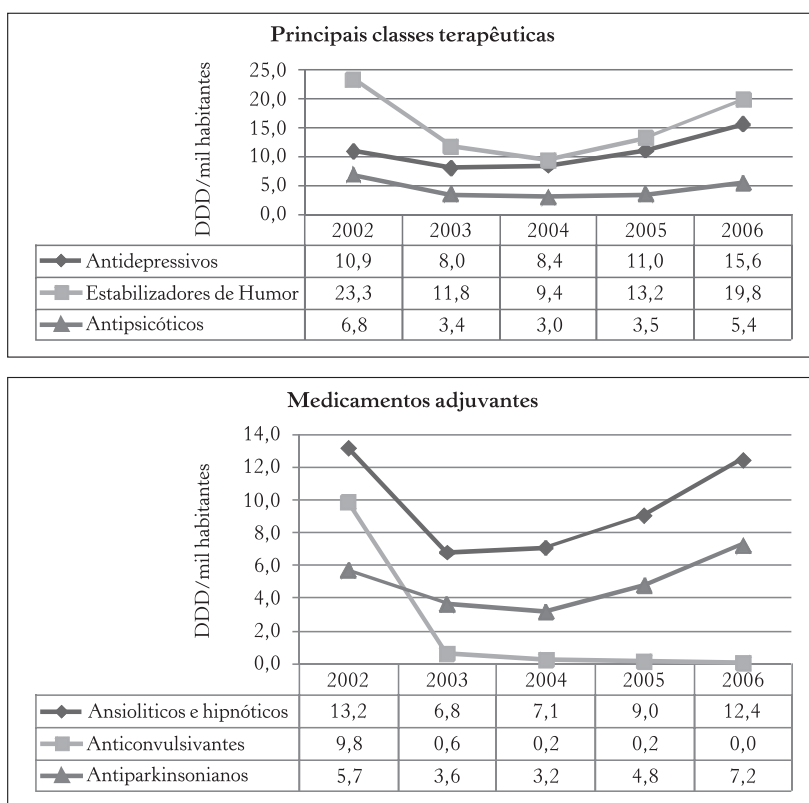
Figura 2 – Série histórica do quinquênio 2002-2006 *do consumo*, em doses diárias definidas por mil habitantes/dia dos medicamentos das principais classes terapêuticas (Quadro 1), e medicamentos prescritos como adjuvantes em determinados tratamentos (Quadro 2), dispensados em nove Unidades de Referência Regional de uma Região de Saúde do interior do estado de São Paulo.

Fonte: Farmanet, SES-SP, 2002-2006.

	2002	2003	2004	2005	2006
Depressão	8,5	14,6	26,6	37,3	45,7
Transtornos do pânico	1,9	1,6	5,1	6,1	7,0
Transtorno de ansiedade generalizada	2,0	3,2	5,4	6,9	8,3
Transtorno obsessivo compulsivo	0,6	1,1	2,0	2,0	2,5

	2002	2003	2004	2005	2006
Esquizofrenia	6,1	7,9	11,9	14,0	14,9
Outros transtornos psicóticos	1,3	1,7	2,9	3,3	3,9

	2002	2003	2004	2005	2006
Transtorno afetivo bipolar	1,8	2,8	3,8	4,9	5,4
Outros transtornos do humor	2,8	4,6	2,4	3,5	4,2

	2002	2003	2004	2005	2006
Transtornos mentais orgânicos	1	1,9	3	3,8	5,2
Retardo mental	1,4	2,1	2,4	2,8	3,3

	2002	2003	2004	2005	2006
Outros transtornos neuróticos	3,7	4,4	4,0	5,5	7,7
Transtornos devidos ao uso de álcool e drogas	5,7	7,8	11,6	14,4	17,0

	2002	2003	2004	2005	2006
Transt. Emoc. comport. do início da infânc. adolesc.	1,2	1,4	1,1	1,4	1,9
Outros transtornos	5,3	1,7	4,0	4,6	5,2

Figura 3 – Série histórica do quinquênio 2002 a 2006 dos coeficientes de prevalência (por mil habitantes maiores de 10 anos) *dos diagnósticos* cadastrados no Sistema de Informação de dispensação de medicamentos do programa "Dose Certa Saúde Mental", de uma regional de Saúde do interior do estado de São Paulo.

Fonte: Farmanet, SES-SP, 2002-2006.

Prevalência de consumo dos psicofármacos

Considerando que uma DDD significa um paciente, a cada mil habitantes acima de 10 anos de idade, consumindo uma dose de medicamento ao dia no decorrer de um determinado ano, nossos dados mostraram que 3,9% da população utilizaram uma dose diária de psicofármaco no ano de 2003, elevando-se para 6,9% em 2006.

Entre os poucos estudos brasileiros de quantificação do uso de psicofármacos, com metodologia comparável à do presente trabalho, encontra-se o de Sebastião e Pelá (2004), que observaram um consumo de psicofármacos em 2,51% da população atendida pelo SUS no município de Ribeirão Preto (SP), em 2001. Parte das disparidades observadas também pode dever-se ao fato de que os dados dos autores são de 2001, ao passo que os nossos vão de 2003 a 2006, em aumento vertiginoso.

Em contrapartida, estudos de base populacional têm encontrado prevalências de consumo de psicofármacos que variam de 5,2%, no município do Rio de Janeiro (Almeida et al., 1994); 10,2%, na capital paulista (Mari et al., 1993); 11,9%, em Pelotas (RS), em 1994 (Lima et al., 1999); 9,9%, em Pelotas (RS), em 2003 (Rodrigues et al., 2006); e 13,3%, em Botucatu, interior de São Paulo (Lima et al., 2008). As diferentes metodologias tornam difíceis as comparações, entretanto esses estudos mostram prevalências em níveis na mesma direção que nossos resultados parecem apontar.

Considerando-se o consumo por classes terapêuticas protagonistas, as maiores elevações couberam aos antidepressivos com um acréscimo de consumo da ordem de 95% (de 8/mil hab. para 15,6), a seguir, os estabilizadores de humor com 68% (de 11,8/mil hab. para 19,8) e os antipsicóticos com aproximadamente 60% (de 3,4/mil hab. para 5,4) (Figura 2).

Entre os psicotrópicos adjuvantes (Figura 3), observa-se que a elevação no consumo de antiparkinsonianos e de ansiolíticos foi bastante semelhante à dos psicotrópicos protagonistas, anteriormente descritos, chegando a dobrar o consumo no primeiro caso (de 3,6/mil hab. para 7,2), e a uma elevação de 83% no segundo (de 6,8/mil hab. para 12,4). A exceção se deveu aos anticonvulsivantes (fenitoína 100 mg e o fenobarbital 100 mg) que tiveram sua dispensação muito reduzida, chegando a ser praticamente nula em 2006.

A magnitude da prevalência de prescrição dos ansiolíticos em nosso estudo, que pode ser pareada com a de antidepressivos, além da regularidade

com que ocorre a elevação no seu consumo, parecem contrariar a orientação de uso adjuvante e confirmar outros estudos que evidenciam um alto e continuado consumo de benzodiazepínicos. Uma série de estudos tem posto em evidência os tranquilizantes como um dos psicotrópicos mais consumidos no Brasil, a ponto de se falar de epidemia de benzodiazepinização (Sebastião; Pelá, 2004; Almeida et al., 1994; Mari et al., 1993; Rodrigues et al., 2006; Rozemberg, 1994; Carvalho; Dimenstein, 2004; Noto et al., 2002).

A recomendação para a utilização dos ansiolíticos no controle da ansiedade nos tratamentos com antidepressivos, nos casos do transtorno obsessivo compulsivo, do pânico, de ansiedade generalizada, afetivo bipolar, e nos casos de uso abusivo do álcool e outras drogas também deve contribuir para a manutenção da situação de alto consumo de ansiolíticos.

Por outro lado, a tendência de aumento no uso de antidepressivos observada em nossa pesquisa é congruente com a de outras pesquisas que têm identificado um substancial acréscimo no consumo desse psicofármaco, tanto em nosso país (Rodrigues et al., 2006; Lima et al., 2008; Hildebrandt et al., 2006) quanto em outros (Roudinesco, 2000; Olfson et al., 2002). O elevado consumo de ansiolíticos (benzodiazepínicos) observado em nossos resultados, bem como sua suplantação, poucos anos depois, pelo consumo de antidepressivos também são consistentes com essa literatura. A explicação para tal situação estaria relacionada com a melhora na *performance* dos psicotrópicos e com a melhor capacidade diagnóstica por parte dos médicos (Rodrigues et al., 2006; Olfson et al., 2002). Outros autores (Laurent, 1995; Roudinesco, 2000) apresentam explicações mais relacionadas ao contexto de uma sociedade de consumo que determinaria maior presença de sujeitos com traços depressivos, e com maior sensibilidade à sua percepção, implicando maior tendência por parte dos médicos a realizarem esse diagnóstico, A maior utilização de psicofármacos como meio preferencial de tratamento é outro fator importante da expansão de seu consumo.

Outro resultado da presente pesquisa chamou a atenção: a supremacia da magnitude de consumo dos estabilizadores de humor (ácido valproico, carbamazepina e carbonato de lítio). Em estudo já mencionado realizado em Ribeirão Preto, Sebastião e Pelá (2004) também observaram níveis elevados de consumo de anticonvulsivantes: o fenobarbital e a carbamazepina foram o segundo e o terceiro psicofármacos mais consumidos naquela localidade. Diversos estudos de base populacional, principalmente realizados

no início deste século, também apontam para um consumo não desprezível de anticonvulsivantes (Rodrigues et al., 2006; Lima et al., 2008; Hildebrandt et al., 2006).

Embora os autores em questão não tenham explicitado o emprego dos anticonvulsivantes como estabilizadores de humor, esses achados parecem sugerir fortemente que – após os estudos demonstrando a eficácia dos anticonvulsivantes, quando utilizados como estabilizadores de humor nos casos de "transtorno afetivo bipolar" – a sua prescrição vem se ampliando intensamente para essa problemática. Não obstante, deve-se sublinhar a contradição envolvendo consumo de anticonvulsivantes e o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar: se, por um lado, identificamos um alto consumo de estabilizadores de humor, presumidamente indicados para o tratamento do transtorno afetivo bipolar, por outro, a prevalência desse tipo de transtorno afetivo na população é considerado raro em comparação à depressão e à distimia (Mari et al., 2007; Lima et al., 2005).

Voltaremos a essa discussão no ponto em que apresentarmos os coeficientes de prevalência dos tipos diagnósticos de nosso estudo.

Outro aspecto dos resultados relativos aos níveis de consumo dos psicofármacos digno de nota refere-se ao consumo de antiparkinsonianos e de antipsicóticos, cujas magnitudes foram bastante semelhantes no período entre 2002 a 2004. Entretanto, nos dois anos subsequentes, o consumo de antiparkinsonianos chegou a superar em mais de 30% o de antipsicóticos. Considerando-se que os antiparkinsonianos são indicados no tratamento de efeitos extrapiramidais secundários ao uso de antipsicóticos, esse dado só pode ser compreendido a partir da hipótese de que os antiparkinsonianos estejam sendo utilizados em doses superiores às recomendadas, ou com outras finalidades.

Prevalência de transtornos mentais diagnosticados

No período de 2003 a 2006, foram diagnosticados com algum transtorno mental e submetidos à farmacoterapia, por pelo menos dois meses, 6% da população, 8,7%, 11,1% e 13,3%, nos respectivos anos.

Em estudos populacionais foram encontrados índices de 34,1% em Brasília (*Adult Psychiatric Morbidity Questionnaire*) (Mari et al., 2007), de 18,5% em uma área definida de captação do município de São Paulo (*Com-*

posite International Diagnostic Interview) (Andrade et al., 1999), de 28,5% em Pelotas (RS) (*Self-Report Questionnaire*) (Costa et al., 2002), de 24,1% em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo (*Self-Report Questionnaire*) (Maragno et al., 2006), de 51% em indivíduos de uma unidade de referência para o Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul (RS) (Structured Clinical Interview SCID-IV--TR) (Gonçalves; Kapczinski, 2008). Esses estudos mostram que as taxas de prevalência de transtornos mentais divergem tanto mais quanto maior é a variação do local e da amostra selecionados nos estudos, os instrumentos de pesquisa e os critérios de inclusão de casos. Isso limita as possibilidades de estabelecer comparações entre eles. De qualquer forma, a prevalência dos transtornos mentais diagnosticados pode ser considerada alta na população. Cálculos feitos a partir de índices de prevalência de um ano, obtidos a partir de diversos estudos feitos no Brasil, estimam que mais de 29% da população pode sofrer de algum transtorno mental (Mari et al., 2007).

O presente estudo analisa dados provenientes de um serviço de dispensação de medicamentos e nesse sentido podem estar induzidos ao viés de seleção dos casos que procuraram tratamento e cuja indicação terapêutica foi a farmacológica. Portanto, é relevante conjecturar que se aproximadamente 29% da população sofrem de algum transtorno mental, e que, se desses, somente um terço busca tratamento (Kohn et al., 2007), então nossos resultados indicam inequivocamente um número alto de indivíduos diagnosticados, em aumento progressivo. Deve-se salientar, além disso, que a farmacoterapia como forma de tratamento dos transtornos psíquicos parece estar se tornando gradativamente hegemônica, pois em 2006, 13,3% da população foi efetivamente submetida a tal terapêutica, a partir de um diagnóstico realizado diretamente por psiquiatra.

Comparando-se o coeficiente de prevalência de transtorno mental ao número total de DDD consumidas, observamos que em 2002 o número de DDD foi superior ao coeficiente de prevalência de transtornos mentais, cerca de duas vezes, e que a partir de 2003 ocorre o inverso, tendência que se mantém até o final do período investigado. Isso significa que o número de pacientes cadastrados superou o número médio de doses de medicamentos dispensados na maioria dos anos. Esse resultado nos leva à hipótese de que, na realidade, apenas aproximadamente, metade dos pacientes cadastrados anualmente, no máximo, fez uso contínuo de algum psicofármaco. Esses

dados podem indicar também que grande parte dos pacientes apresentou agravos de curta duração, ou que houve baixa adesão ao tratamento farmacoterápico, ou ambas. E parecem corroborar a hipótese da baixa adesão ao tratamento levantada a partir dos resultados de investigações que indicam proporções que variam de 47% a 60% quanto ao uso irregular de medicamentos entre os portadores de transtorno mental (Oliveira et al., 2008; Cardoso; Galera, 2009).

Nesse sentido, vale esclarecer que a rotina do sistema de gerenciamento da dispensação mantinha cadastrados todos os pacientes durante o ano, mesmo que eles descontinuassem o tratamento, qualquer que fosse o motivo, o que explica o maior número de pacientes em relação às DDD dispensadas. Além disso, deve-se salientar que informações obtidas dos farmacêuticos responsáveis pelas URD asseguram que o menor número de DDD em relação ao número de pacientes cadastrados não pode dever-se à falta de medicamento, que nunca ocorreu no período estudado. Mas a questão de fundo permanece intocada, ou seja, que razões podem levar alguém a procurar uma solução tão drástica como se submeter a um diagnóstico psiquiátrico, iniciar um tratamento farmacológico e logo após isso interromper o tratamento? Várias observações presentes na literatura permitem levantar a hipótese de que se trata, por um lado, da busca de uma oferta em sintonia com o modo das "demandas e das ofertas", e, por outro, de uma reação de resistência subjetiva a esse estado de coisas (Prota, 2010).

Transtornos mentais mais prevalentes

A Figura 4 mostra a evolução dos coeficientes de prevalência, no período estudado, segundo o diagnóstico de transtorno mental. A "depressão" foi a mais prevalente em todos os anos (8,5/mil hab. a 45), seguida de "outros transtornos neuróticos" (5,6/mil hab. a 17) e "esquizofrenia" (6,1/mil hab. a 14,8).

Observou-se que no período estudado o número de pessoas, que foi submetido à farmacoterapia após receber o diagnóstico de depressão, aumentou mais de cinco vezes. Estudos populacionais estimam que o transtorno depressivo é bastante comum, cerca 18,5% da população referem ter apresentado o transtorno ao longo da vida: 7,6%, no ano anterior ao estudo, e 5% no último mês (Andrade et al., 1999). A proporção de 4,5% de indiví-

duos diagnosticados com depressão na população aqui pesquisada pode ser considerada alta se comparada com a dos estudos populacionais, entretanto esse índice poderá ainda ser mais bem dimensionado se levarmos em conta sua tendência de progressão na série histórica.

Por outro lado, já vimos que nossos dados estão em sintonia com as tendências assinaladas na literatura nacional e internacional para a depressão, que é considerada uma das fisionomias características do Sintoma Social Dominante (Melman, 1992) nas sociedades ditas de consumo.

Talvez o aumento intenso, anteriormente analisado, em classes terapêuticas localizadas, seja ainda mais expressivo das transformações importantes que vêm ocorrendo no uso de psicofármacos, em geral, pela população estudada. Considerando que os antidepressivos e os estabilizadores de humor podem ser agrupados quanto à potencial modalidade das problemáticas a que se destinam, podemos dimensionar ainda de forma mais acurada esse aumento localizado do consumo. As possíveis razões desse fenômeno possuem múltiplos fatores, dos quais as transformações contemporâneas da subjetividade associadas às características da Formação Social, designadas com os adjetivos pós-moderna e hipermoderna, têm merecido os maiores destaques por diferentes autores (Laurent, 1995; Roudinesco, 2000).

As prevalências de 0,6%, 0,8%, 1,2%, 1,4% e 1,5%, entre 2002 e 2006, de diagnósticos de esquizofrenia também merecem destaque pela elevação ocorrida no período e por suas magnitudes. Podemos julgar bastante elevadas tais prevalências, mesmo levando em consideração que a esquizofrenia requer uso de medicamento contínuo e que seriam mais raros os casos desse transtorno mental que não procuram tratamento, por sua gravidade. Tais índices se elevariam se adicionássemos os casos considerados refratários aos medicamentos comuns, que utilizam um segundo programa estabelecido por diretrizes para a prescrição dos antipsicóticos de "alto custo" – risperidona, clozapina, quetiapina e olanzapina. Portanto, tomando-se em consideração a prevalência de 1,5%, no ano de 2006, ainda que subestimada, essa supera em aproximadamente três vezes a indicada pelos dados de revisão bibliográfica de estudos de prevalência de esquizofrenia de Mari e Leitão (2000).

Merece um destaque ímpar a presença de uma categoria diagnóstica "outros transtornos neuróticos" (de 5,6/mil hab. a 17), a segunda maior prevalência, superando a própria esquizofrenia. Apesar de não encontrarmos

nenhuma referência na literatura especializada ao nosso alcance, a magnitude em que o dado aparece poderia sugerir interrogações como: não poderia tratar-se de um efeito e ao mesmo tempo um indicador de como a necessidade de medicar (impulsionada pela própria exigência do paciente-consumidor) pode anteceder a própria existência de um diagnóstico específico que a justifique? Ou, de como toda uma gama de queixas subclínicas poderia estar sendo medicada? Uma série de observações clínicas em casos particulares indica a pertinência de respostas afirmativas para essas interrogações.

As prevalências de "transtornos do pânico" (de 1,6/mil hab. a 7,0), "ansiedade generalizada" (de 3,2/mil hab. a 8,3) e "transtorno obsessivo compulsivo" (de 1,2/mil hab. a 2,5) também seguiram curvas ascendentes relevantes. Essas prevalências podem ser consideradas elevadas tomando o contexto ambulatorial em que ocorrem, comparando-se com resultados de estudo populacional do município de São Paulo, onde Mari et al. (2007) encontraram índices, de um ano, de 10/mil para "transtornos do pânico", 17/mil para ansiedade generalizada e 2/mil para transtorno obsessivo compulsivo.

Os coeficientes de prevalência de transtorno afetivo bipolar variaram de 1,84/mil hab. a 5,40/mil hab., entre 2002 e 2006, o que indica um aumento de duas vezes. Alguns estudos populacionais indicam prevalências desse transtorno, para um ano, que variam de 4 a 10/mil hab. (Mari et al., 2007; Lima et al., 2005).

Considerando-se que o tratamento do "transtorno afetivo bipolar" é realizado com os medicamentos "estabilizadores de humor", é intrigante notar que as baixas prevalências diagnosticadas desse transtorno parecem não justificar os níveis observados de consumo desses psicofármacos. Os números de Doses Diárias Definidas (DDD) do medicamento superam em pelo menos 2,5 vezes os coeficientes de prevalência desse transtorno no quinquênio investigado, contrariando a tendência geral em nossos dados, de maior número de pacientes cadastrados, em relação ao número médio de doses do medicamento consumido. Embora tecnicamente a indicação terapêutica dos estabilizadores de humor seja só para o transtorno afetivo bipolar, é possível que outros transtornos mentais estejam sendo tratados com esse medicamento, ou que, por outro lado, a dose prescrita esteja muito acima da recomendada. Mais um aspecto que se soma aos vários que se mostram relevantes de ser mais bem investigados.

As informações aqui tratadas referem-se à totalidade dos pacientes que procuraram uma instituição pública de Saúde e, após pelo menos uma consulta com médico psiquiatra ou capacitado em Saúde Mental, receberam tratamento psicofarmacológico, numa população de 358 mil habitantes, referente a 15 municípios, de médio e pequeno portes populacionais. Essas características do estudo por nós realizado nos permitem supor a confiabilidade e representatividade de nossos achados, portanto sua capacidade de generalização.

Para melhor se avaliar a importância das cifras obtidas em nossa pesquisa, todavia, é preciso ter em conta que as informações do Programa não permitem distinguir se a elevação, tanto nas prevalências de consumo de fármacos quanto nas de transtornos mentais, é resultante do aumento do número de sujeitos em farmacoterapia na população; ou se o aumento do número de usuários de psicofármacos se deveu ao aumento do número de indivíduos que passaram a ter acesso às instituições públicas de assistência farmacêutica; neste último caso, significa que eles já eram usuários de psicofármacos antes da implantação do Programa Dose Certa-Saúde Mental. Uma série de indícios observados, entretanto, nos permite inferir que as duas circunstâncias podem ter ocorrido. Ou seja, de qualquer modo todos os dados vão na mesma direção: aumento dos diagnósticos psiquiátricos na população e aumento da solução medicamentosa para essas problemáticas.

Medicalização: do termo ao conceito

Em *Expropriação da saúde*: nêmesis da medicina", Ivan Illich (1975, p.43) especificou de modo claro três sentidos do termo medicalização: iatrogenia clínica como efeito da própria tecnologia médica em termos de diagnóstico e terapêutica; iatrogenia social "ou efeito social danoso do impacto social da medicina gerando uma desarmonia entre o indivíduo e seu grupo social, resultando em perda de autonomia da ação e do controle do meio"; iatrogenia cultural definida como efeitos de sequestro do potencial cultural para lidar com a maior parte das situações de dor, enfermidade e morte. É possível perceber também que esse autor registra o aparecimento de um novo significante na linguagem e chama a atenção para seus efeitos na percepção da realidade. Afirma que em meio à medicalização, como representação social das respostas à dor, o indivíduo desnorteado acaba não vendo outro recurso que entregar-se ao médico e seu arsenal.

Podemos observar também que o termo medicalização já é sistematicamente utilizado nas críticas A psiquiatria manicomial na década de 1970. Fleming (1976, p.79) fala em "medicalização da loucura" no sentido da aplicação de uma solução médica como resposta social às experiências de sofrimento psíquico. Assinala que a partir do final da década de 1970 a psiquiatria serve como nunca aos interesses sociais dominantes e que, ademais, medicalizar já é um meio muito mais eficiente de realização de valor do que a clássica internação hospitalar. Coincidentemente a Illich, afirma que se instala "a imagem social do especialista detentor de um conhecimento inequívoco sobre a loucura" (ibidem, p.112). Alargando o escopo de nossa observação, podemos dizer que, com o passar do tempo, e o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica, só aumentou a extensão da aura desse especialista, do saber sobre a loucura e sobre a totalidade do sofrimento psíquico, passando pelo saber sobre a própria felicidade, chegando, mesmo, à pretensão da ampliação do seu limiar comum.

Foucault (2002) retoma o tema da medicalização, definindo-a como configuração de um espaço exclusivamente médico e como atualização do método clínico, no qual o indivíduo é alvo de uma verdade produzida como doença. A medicalização é um acontecimento consumado desde muito cedo e está diretamente relacionada aos efeitos do fenômeno coletivo definido como biopolítica. Primeiro, há a tomada do poder sobre o corpo como parte da construção do modo individualização; em seguida, há uma tomada do poder que não é apenas individualizante, mas massificante. Foucault faz remontar sua análise ao século XVIII, durante o qual vê a instauração de uma biopolítica do corpo humano que precede o que denomina biopolítica da espécie surgida no final desse mesmo século. Na biopolítica da espécie uma massa global é posta sob a mira da medicina, que se apoia nos processos comuns da vida cotidiana: nascimento, morte, envelhecimento, sofrimentos comuns, além dos derivados dos processos de produção do adoecimento (ibidem). Para os objetivos da nossa análise, o que torna mais interessante na análise de Foucault é a demonstração de como essa medicalização do homem-corpo se traduz na medicalização das relações sociais, ou seja, do próprio corpo social; fenômeno que é ainda mais nítido no contexto da "medicina mental".

Clavreul (1983) introduz sua crítica à medicalização a partir de uma análise estrutural da prática médica considerada como processo de produ-

ção. Utilizando-se dos discursos como laços sociais elaborados por Jacques Lacan, procura demonstrar que a medicalização é efeito da introdução da demanda do sujeito num modo específico de produção que ele denomina Discurso Médico. Esse

> [...] prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia quanto daquele que o escuta. [...] Sob a máscara de um diálogo, é um monólogo que se instaura. Onde se evidencia a função silenciadora do Discurso Médico, que ao se valer apenas dos elementos do seu próprio discurso abole tudo que nele possa se inscrever. (ibidem, p.11-2)

Essa abolição se processa pela transformação em doença, dos sinais extraídos do paciente. Essa doença é ao mesmo tempo capitalizada como um bem e um benefício para o Discurso Médico, e acumulado em seu patrimônio como um objeto-saber em um corpo organizado (nosografia), que opera como meio de produção de novos conhecimentos, sobretudo na aplicação do Discurso Médico na prestância (ibidem).

Para desfrutar dos benefícios da análise de Clavreul é necessário acrescentar algumas referências da teoria de Jacques Lacan em que se fundamenta. Parecerá uma digressão um pouco longa por quebrar o ritmo da nossa análise neste momento do texto, porém os serviços que ela nos prestará, aqui e mais adiante na análise estrutural da medicalização, deverão compensar essa pequena dissonância.

Na sequência de Marx e Freud, Lacan (1992) fala em discursos como laços sociais de produção; modos do ser falante lidar com o gozo que escapa estrutural e conjunturalmente aos processamentos pelo simbólico e pelo imaginário. Lacan propõe uma estrutura lógica que denomina quadrípode, composta de quatro lugares que podem ser ocupados por termos que referem importantes aspectos dos processos de produção de que se trata. Com base nessa estrutura são possíveis inicialmente quatro discursos, produzidos a partir de um deslocamento de "um quarto" de volta chamado por Lacan revolução de discurso. Desse modo se escrevem os Discursos do Mestre (DM), da Universidade (DU), do Histérico (DH) e do Analista (DA). Um quinto discurso acaba sendo necessário para dar conta das transformações da Formação Social capitalista em sua fase avançada; Discurso do Capitalista (DC), uma espécie de corrupção do Discurso do Mestre (DM).
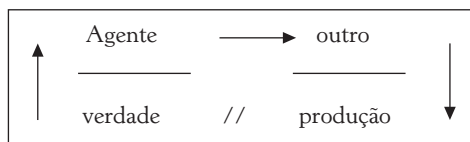
Figura 4 – Composição do quadrípode que estrutura os Modos de Produção discursiva propostos por Jacques Lacan: quatro lugares e algumas relações entre eles, representadas pelas setas, as barras horizontais e as paralelas.

Os lugares dessa estrutura, com suas relações, são ocupados por quatro matemas da álgebra lacaniana (S1, S2, $, a), que se deslocam nas diferentes posições, determinando diferentes Modos de Produção discursiva – diferentes modos de aparelhamento do gozo no campo social. Quanto aos lugares "[...] temos o agente do discurso, a verdade que o suporta, o outro, aquele que trabalha para a produção desse discurso, e a produção, aquilo que o discurso produz ou tenta produzir" (Magno, 2007, p.104).

O agente é o elemento que põe o discurso em ação. Faz o outro trabalhar para obter uma produção que, por sua vez, visa uma finalidade. As barras paralelas (//) indicam a impossibilidade de um Modo de Produção atingir cabalmente seus fins, para o bem ou para o mal. As barras horizontais indicam operação de recalcamento, de velamento, daquilo que está sob elas.

O $ figura o sujeito, não o indivíduo, sujeito dividido ente a consciência e o inconsciente, ex-sistência ou ser de sentido – um "entre" significantes; também pode ser dito o sujeito que aparece como significante no Outro.

O S_1 figura a ação de saber, ou o poder do mestre (tirano), também é o significante mestre – um enxame de sentido inconsciente.

O S_2 figura o saber já sabido (enciclopédico), também o conjunto de todos os significantes ou o campo do simbólico.

O *a* figura o objeto condensador de gozo, o mais-gozar (homólogo da mais-valia), também o objeto-causa do desejo, ou ainda um produto-produção.

Já podemos retomar os pontos essenciais da análise de Clavreul. O Discurso Médico, operando no Discurso do Mestre produz a doença como objeto separado do sujeito.

A etapa do diagnóstico é um ato de mestria. Sua audácia nos escaparia facilmente pela quantidade e pela banalização cotidiana de atos semelhantes. Ela é mais evidente quando o médico se dedica a recolher sinais para

uma doença ainda não identificada. Nesse caso o conjunto dos signos recolhidos deve conduzir a uma interpretação original. Os atos subsequentes de diagnóstico dessa "doença" ocorrem sempre no mesmo Modo de Produção, porém se tornam muito mais fáceis de realizar, uma vez que envolvem a repetição de um método já utilizado por outros médicos.
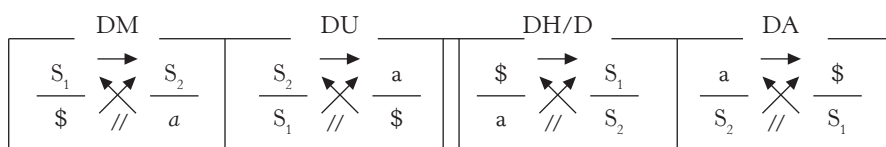
Figura 5 – Escritura dos laços sociais Discurso do Mestre (DM) e Discurso da Universidade (DU), Discurso da Histeria ou do Sujeito (DH/DS) e Discurso do Analista (DA), respectivamente.

No Discurso do Mestre pode-se ver claramente como o objeto doença aparece subsumido pelos significantes do Discurso Médico (ele é escrito S_2/a, em cima, à direita). No caso do sofrimento psíquico, sob esse eclipse esconde-se outro ainda mais tenebroso: o aparecimento do objeto doença sob os signos do saber médico esconde o desaparecimento do indivíduo com seu protagonismo e sua subjetividade; portanto, o objeto doença como aquisição do Discurso Médico aparece velando o que é de fato um sequestro. O produto do Discurso Médico é a doença como objeto (à direita sob a barra, no lugar da produção). Não se deve perder de vista que a doença é produzida para o médico, ela irá compor sua peça nosográfica. Isso nos obriga a ver que essa produção é de fato uma operação de rapina, do indivíduo, por um lado, e do sujeito, por outro. "É o doente que o saber médico divide, separando-o em seus dois elementos: o homem e a doença" (Clavreul, 1983, p.172). A substituição do indivíduo e do sujeito pela doença, que durante muito tempo permaneceu inquestionável na "medicina do corpo", cedo foi considerada intolerável nas críticas à "medicina mental" (Rotelli et al., 1990). Entretanto, no que se refere ao sofrimento psíquico, pode-se dizer que na atualidade estamos diante de um recrudescimento do Discurso Médico que, ademais, opera sobre uma simplificação do seu ato diagnóstico típico. Veja-se, por exemplo, a histeria como signo nosográfico, que foi abolido no DSM, restando em seu lugar apenas alguns de seus traços elevados à condição de signos a serem medicados.

O objeto que reaparece como um achado científico desaparece em sua relação com o sujeito (escrito $//*a*). As duas barras paralelas entre $ e a, pertencentes à estrutura do Modo de Produção, impedem o velamento da circunstância de que "há sujeito" como produção nova de sentido e, portanto, indicam também a impossibilidade de que o Sujeito seja, de uma vez por todas, representado por um único significante mestre, S1. O objeto desaparece também em sua função "causa do desejo", tal como estava sumido na "Economia Política", precisando Marx tê-lo trazido à luz, na figura da mais-valia. Essa é considerada por Lacan, no Discurso do Mestre antigo e moderno, como causa da economia capitalista, em outros termos, sua produção (figurada por *a*, à direita, embaixo) é a razão de ser do Modo Capitalista de Produção.

Clavreul vê no Discurso Médico, quando esse opera a produção nosográfica, o paradigma de toda a descoberta científica, expresso na supressão da divisão subjetiva (se escreve S_1/$, à esquerda). A própria ciência, herdeira do ato cartesiano e de sua consequente objetividade, operando no Discurso do Mestre já havia suturado o sujeito, daí a necessidade da operação freudiana conquistando territórios livres da mordaça. Porém, de fato, não há supressão do sujeito e sim recalcamento sob o objeto, o que é ainda melhor indicado se nos voltarmos para o Discurso Universitário (se escreve a/$, à direita), em que o sujeito aparece representado pelo objeto. Nos Modos de Produção DM: S_1/$ e DU: *a*/$ o sujeito está sempre sob a barra de recalcamento, o que indica a sua demissão desses Modos de Produção.

Clavreul (1983, p.170) afirma que "o desejo médico por seu objeto é unificador". Unificador dos médicos entre si, através da construção de uma peça nosográfica como o DSM, por exemplo; mas também do médico para consigo mesmo, na medida em que lhe permite operar na objetividade, suprimindo sua divisão subjetiva. Só uma análise estrutural como essa é capaz de indicar que isso não se deve ao fato em si de ser o médico que encarna o lugar de agente nesses discursos; depende, sim, de ele operar em Modos de Produção específicos, como é o caso do Discurso Médico (seja na versão DM ou DU). Isso implica no mínimo que há vários modos de ser médico. Essa constatação deverá ter importantes implicações para as práticas médicas e psiquiátricas na Estratégia Saúde da Família e na Estratégia Atenção Psicossocial, incluídas nas atuais diretrizes do SUS.

Vejamos agora o psiquiatra operando no Discurso da Universidade (Figura 5). Neste, como prolongamento obrigatório do DM, se privilegia o saber enciclopédico, por exemplo, o do DSM, que passa a operar no lugar do agente (S_2, constituído como cadeia de saber). Um S2 como saber-poder-curar dirige-se ao sujeito do sofrimento como objeto (objeto a, no lugar do outro que trabalha) a fim de distribuir um diagnóstico e um tratamento farmacológico. É com o saber constituído:

> [...] que se lida na universidade, onde se ensina o saber coletado junto aos mestres. [...] A ciência capitalizada em saber prolonga-se nos bens que obtém (S2→a). A Universidade se prolonga nos técnicos e bens de consumo que resultam do saber. [...] O saber médico, enquanto constituído, se justifica pelas indicações terapêuticas que fornece: no essencial, sob a forma do medicamento que é uma "medicina". (ibidem, p.171-3)

O S2 ocupando o lugar do agente coloca o S1 (aqui, significante mestre como enxame de sentido novo) sob a barra de recalcamento, uma vez que não é o saber novo que é levado em consideração quando está em ação o DU (a produção de saber novo nessa forma da ciência, saber como acréscimo, ocorre no DM, como vimos antes). É possível dizer que quando se trata da psiquiatria operando no DU, ou seja, quando ela opera na distribuição dos diagnósticos e dos psicofármacos, a sua meta é manter o S1 da cadeia trazida pelo sujeito do sofrimento, em estado de tautologia, porém funcional. Talvez se possa dizer que essa é a verdadeira meta oculta dessa psiquiatria (inscrita embaixo, à esquerda). Os diagnósticos operados na psiquiatria DSM redobram o sentido dos sintomas, associando-lhes os psicofármacos, como estratégia de recuperação de sua funcionalidade subjetiva e social. Não deixa de ser interessante notar que ao dirigir-se ao sujeito, como objeto (S2→ *a*), o saber médico produz, para sua surpresa, a própria divisão do sujeito (*a*/$, o sujeito ressurge no lugar da produção). Mas o sujeito assim ressurgido assume figura principal do sujeito da crença. Não é por acaso que essa psiquiatria convive em harmonia com milhares de prática mágicas e místico-religiosas no Brasil e outros lugares.

Na melhor das hipóteses, com esse ressurgimento, o sujeito vai situar-se no lugar do agente em um novo laço social, o Discurso da Histeria (Figura 5). Nesse caso, o sujeito mais uma vez joga seus dados na expectativa da

oportunidade de encontrar uma melhor oferta de possibilidades transferenciais do que aquela oferecida pelo Discurso Médico que, nessa forma dominante da psiquiatria, é a sutura do sujeito através do uso da medicação e dos significantes tautológicos da psiquiatria DSM como tecnociência.

No Discurso da Universidade tudo que é tratado pelo saber (S2) é considerado um objeto (*a*), mesmo que sejam homens ou mulheres. "Trata-se de objetivar, objetalizar para aplicar o saber" (Quinet, 2006, p.20)

Os paralelos entre Discurso Médico, Discurso da Ciência, Discurso do Mestre e Discurso da Universidade são possíveis e pertinentes por tratar-se da tecnociência, que opera no Discurso do Mestre; e da medicina mental, que opera no Discurso do Mestre e no Discurso da Universidade.

Caminhando a passos largos, é possível afirmar que, a partir do pleno desenvolvimento da tecnociência químico-farmacêutica, os psicofármacos passaram à categoria de objeto-saber privilegiado da "medicina mental" a ponto de suplantarem seus antecessores. Ou seja, com a psiquiatria orientada radicalmente pelo DSM, o objeto-doença como objeto-saber se subordina ao objeto-fármaco de cuja obscura essência emana praticamente a totalidade dos tratamentos. Dizemos "obscura essência" pelo fato do diagnóstico, em vários casos, só se proferido em definitivo a partir dos efeitos do psicofármaco (Laurent, 2004; Rodrigues, 2003).

O termo "medicalizar" surge explicitamente no texto de Clavreul (1983, p. 175) justamente quando se refere à eventualidade de o médico poder operar fora do Modo de Produção "Discurso Médico", isto é, se ele for "levado a renunciar a medicalizar a demanda que lhe é feita já é dar prova de uma rara audácia". A análise realizada por esse autor tem o mérito de demonstrar logicamente a estrutura da medicalização em dois atos distintos de produção, ampliando a análise da prática médica criticada por Illich, Fleming e Foucault; e será de grande utilidade quando analisarmos a especificidade da medicalização do sofrimento psíquico.

Voltemos um pouco mais aos autores, retomando a busca de argumentos para fundamentar a hipótese da medicalização como conceito. Roudinesco (2000, p.29), focando a prática psiquiátrica e referindo-se à situação francesa, sublinha uma circunstância importante que é global:

> [...] se hoje a psicanálise é posta em concorrência com a psicofarmacologia, é também por que os próprios pacientes, submetidos à barbárie da biopolíti-

ca, passaram a exigir que seus sintomas psíquicos tenham uma causalidade orgânica.

Veremos que falar em exigência envolve mais do que retórica, pois estamos no cerne da sociedade de consumo, na qual o "usuário" tem seus direitos, "de consumidor", assegurados em legislação específica. Essa exigência por parte dos usuários, sobretudo das instituições de Atenção ao sofrimento psíquico, confirma plenamente as previsões e análises dos autores mencionados. Em consequência disso a psicofarmacologia tornou-se panaceia para todos os males, acionada aos menores indícios de ansiedade e angústia.

> De fato ela permite que todos os médicos – sobretudo os clínicos gerais – abordem da mesma maneira todo o tipo de afecções, sem que jamais se saiba de que tratamento elas dependem. Assim, psicoses, neuroses, fobias, melancolias e depressões são tratadas pela psicofarmacologia como um punhado de estados ansiosos decorrentes de lutos, crises de pânico passageiras, ou de um nervosismo extremo devido a um ambiente difícil. (ibidem, p.23)

O apelo mágico dos psicofármacos vê-se superdimensionado pelas transformações culturais que teriam tornado pessoas comuns mais sensíveis e predispostas a buscar ajuda diante de sofrimentos inerentes ao cotidiano.

Aqui devemos interrogar se não estará seu uso, eventualmente, mais dependente dos estilos culturais de seus usuários, e de outros fatores, do que das próprias categorias diagnósticas criadas pela psiquiatria. Vale a pena recordar os dados do nosso estudo sobre consumo de psicofármacos: os antiparkinsonianos parecem estar sendo utilizados com outras finalidades que não o tratamento dos efeitos extrapiramidais secundários ao uso dos antipsicóticos; no mesmo estudo é flagrante a utilização ampla de psicofármacos a partir do diagnóstico "outros" (Rosa; Costa-Rosa; Lamb, 2010).

No Brasil também se pode observar a utilização do termo medicalização e de seu antônimo.

Birman (1999, p.242) mostra a repercussão entre nós dos mesmos efeitos já observados em outros países:

> A medicalização psicofarmacológica das variações do humor, das paixões e do sofrimento psíquico foi aumentando de maneira vertiginosa. [...] Enfim, por

> essa via tecnológica, a população passou a ser ativamente medicalizada, numa escala sem precedentes.

Assinala um aspecto importante da questão: a utilização dos psicofármacos migrou da psiquiatria para a clínica geral, realizando-se aí de maneira farta e massificada. Os dados de nosso estudo, antes referido, confirmam plenamente essa tendência; ainda mais acentuada pela presença, no estado de São Paulo, dos chamados clínicos prescritores de psicofármacos (Devera, 2005)

Tenório (2000, p.82) introduz a meta de "desmedicalizar a demanda" e seu correlato "subjetivar a queixa" num estudo que visa reverter os efeitos da medicalização no sujeito do sofrimento e no trabalhador da instituição, acostumado à lógica ambulatorial.

Um dos assuntos que mais têm gerado preocupações e comentários em diversos âmbitos da mídia é o nomeado Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), já inscrito no DSM-IV. Uma frase bastante repetida é emblemática: "Vem crescendo em níveis preocupantes o consumo da 'droga da obediência'". Os campeões de vendas são a "Ritalina" e o sugestivo "Concerta", indicados para crianças diagnosticadas com hiperatividade ou déficit de atenção. Apenas para se ter uma ideia: de sete mil caixas desse medicamentos em 2000, passou-se para 1,147 milhão caixas consumidas em 2008 – aumento de 1.616%. Esse diagnóstico atinge de 3% a 5% de crianças no país.[3] Não é incomum que nos casos de crianças praticamente recém-nascidas, mesmo diante do resultado negativo de todos os exames, a conduta do especialista (neuropediatra) acabe sendo a prescrição de um psicofármaco. Diante da queixa dos pais ou professores, "por via das dúvidas", assume-se com assustadora facilidade o pecado do excesso – ainda o "*furor curandis* renovado" ou agora estará operando a todo o vapor também a inércia da máquina publicitária e aliciadora posta em ação pela indústria químico-farmacêutica? – por seu lado, os pais parecem cada vez mais sensíveis a tomar certos indícios no comportamento de seus filhos como sinais de seu próprio fracasso. Caso contrário, o que os levaria a autorizar, e mesmo solicitar, a medicalização de seus filhos, às vezes, a partir dos primeiros anos de vida e a partir de indícios tão dúbios?

3 Disponível em: <http://www.idum.org.br>.

A conotação do termo medicalização considerando a extensão e a generalização do uso do psicofármaco a todo o indício de sofrimento psíquico merece destaque. A relação do sujeito com o sofrimento psíquico é cada vez mais condicionada por um conjunto de transformações sociais, que parecem predispor os indivíduos a uma demanda preponderante e paroxística de psicofármacos, cuja oferta está inflacionada por vários fatores. São fabulosos os avanços da logística de mercado. A publicidade direta, o assédio dos laboratórios e o aliciamento financiado dos "cientistas" alinhados com a tecnociência, que têm crescido a olhos vistos. Mas para que o *phármakon* pudesse assumir essa posição de apanágio para todos os males foi necessário do desenvolvimento da ciência químico-farmacêutica que permitiu o aperfeiçoamento das fórmulas anteriores e a criação de outras novas (Laurent, 1995; 2004; Birman, 1999; Quinet, 2006). No início os medicamentos não permitiam eludir sua consistência de *phármakon*, pelo amplo conjunto dos seus efeitos colaterais iatrogênicos, simultâneos à sua suposta ação benigna. Aqui é suficiente lembrar a insulinoterapia e o próprio eletrochoque.

Parece, portanto, demonstrada a hipótese de que a medicalização como generalização da utilização do fármaco precisou da suposição de assepsia da essência própria do *phármakon*, cujo reconhecimento é pré-socrático. A psiquiatria como medicina mental dispunha agora de um "instrumento infalível". Aqui parece ficar demonstrado também o excesso como um dos componentes essenciais da medicalização; outro modo de dizer: *furor curandis* renovado.

Parece oportuno indicar que estamos na presença de alguns dos argumentos que determinaram que na definição do Modo Psicossocial como contraditório ao instituído já tenha sido incluía por nós a desmedicalização como uma de suas metas radicais (Costa-Rosa, 2000).

Mas a medicalização como fenômeno complexo tem ainda outros determinantes maiores. Aos processos que têm no centro as transformações da psiquiatria e da ciência químico-farmacêutica devemos agregar as transformações sociais que culminam na sociedade de consumo com seus profundos apelos carismáticos decorrentes da inércia produzida na subjetividade pelo eclipse dos ideais, momentaneamente suplantados por demandas imediatistas tanto de sentido de teor imaginário, quanto de gozo ao alcance da mão. Veremos que por tudo isso o sujeito do sofrimento responde tão bem

ao Discurso Médico quando esse atua no Discurso da Universidade como distribuidor. Tão bem, que chega a tornar-se o agente de um novo Modo de Produção da Atenção (Discurso do Consumidor) onde o psiquiatra será deslocado para a posição de seu "funcionário".

Há ainda outros determinantes menores da medicalização cujo efeito desastroso, porém, não é menor. Entre eles vale a pena destacar "o estado das ofertas de possibilidades transferenciais" no contexto da Saúde Pública, reduzido às consultas médicas, raras, com o psiquiatra, em geral, medicamente orientado, e não pela oferta de vínculos baseados nos laços da palavra. De tal modo que aquilo que já é uma oferta *a priori* acaba por constituir-se, em muitos casos, também na única oferta.

Em síntese, estamos diante da conhecida apropriação médica do social, do cultural e do político. A novidade consiste na utilização generalizada do *phármakon* produzindo uma doença que nada deve àquelas que têm nome no DSM, onde havia apenas uma ocorrência incomum, ou mesmo comum, da vida cotidiana. Após a indicação de todo o amálgama de sentidos presentes no termo medicalização, propomos a retirada das aspas e sua elevação ao estatuto de conceito. Conceito capaz de dar conta de uma ação que há muito tempo deixou de ser contingente e está radicalmente arraigada nas práticas e mesmo nos valores que orbitam a modalidade dominante da Atenção ao sofrimento psíquico. Daí, por outro lado, darmos por plenamente justificada a pertinência de uma ética e uma estratégia da desmedicalização, com suas respectivas táticas, que devem estender-se desde ações destinadas a prevenir seu avanço, baseadas em esclarecimentos da população, até a insistência na importância da formação de trabalhadores, "de um novo tipo", capazes de sustentar ações cotidianas condizentes com a Estratégia Atenção Psicossocial. Ações efetivamente desmedicalizadoras visando a substituição do uso maciço de psicofármacos por ações variadas, inclusive psicoterapêuticas, em que o fármaco seja, eventualmente, conduzido a seu lugar pertinente na composição das unidades de produção interprofissionais. Não se trata de quimera. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), em texto de 2005 – orientações aos psiquiatras no uso racional dos psicotrópicos –, designa a efetividade desses em conjunto com intervenções psicossociais. Essencial, porém, é não perder de vista a estratégia micropolítica em que está inserida a construção da Atenção Psicossocial nas brechas abertas nas práticas medicalizadoras.

Demonstrações lógicas dos efeitos da medicalização

O cerne da demonstração lógica da medicalização como fenômeno social e cultural de profunda repercussão na subjetividade deve partir do Discurso do Mestre para mostrar como nele se opera a transformação que constitui o Discurso do Capitalista. Depois é preciso mostrar que este deve ser lido de dois modos: primeiro, considerando o $ como o capital agenciador de um trabalho já expropriado de todo o saber, exceto da necessidade de trabalhar; segundo, como consumidor mais ou menos submetido à inércia do objeto típica do Modo Capitalista de Produção tardio. A chamada crise do trabalho vai dando lugar à outra face do objeto como causa da economia capitalista, objeto de consumo, a ser entendido como realização da mais-valia produzida com a participação direta das máquinas. Como essas, além de serem mais exímias na produção em série, não têm limites de jornada, a ênfase na extração de valor (mais-valia relativa) recairá rapidamente sobre o consumo. Logo essa face do Discurso do Capitalista passará a ser nomeada como sociedade do consumo, sociedade do gozo ou sociedade do objeto etc.

Não tardarão a aparecer as análises do Discurso do Capitalista que colocam o consumidor do lado do agente, figurado como $ (uma espécie de consumidor fissurado). Na sequência se irá perceber na população a figura de um consumismo compulsivo como fenômeno de proporções epidêmicas, tanto tendo como referência as mercadorias comuns quanto mercadorias especialmente feitas para o gozo, mais do que para o usufruto. Cunha-se o termo *gadget* para referir qualquer objeto precipuamente de gozo, a forma aparentemente mais eficiente de realização de sua função social de veículo de realização do valor-de-troca (Gonçalves, 2000).

Veremos que, na construção da medicalização na figura em que pretendemos revelá-la, se encontram aliados, uma modalidade do Discurso Médico, caracterizada pelo uso do DSM, o Discurso do Capitalista, como expressão das transformações da Formação Social características da hipermodernidade; e uma modalidade do consumidor como tal, ou seja, um sujeito que tende a se autoidentificar mais como consumidor do que como trabalhador. O resultado que nos interessa recortar é um consumidor compulsivo por psicofármacos, sofrendo efeitos que não diferem daqueles do consumo compulsivo por drogas ditas ilícitas, coincidentemente presentes em larga escala nesse tipo de sociedade.

É claro que na sociedade dita de consumo existe um processo de produção de toxicomanias cujos fatores são sociais, como os de qualquer outro processo de produção. Também é consenso que as toxicomanias propriamente ditas, como figura do "Sintoma Social Dominante", podem ter agentes lícitos e ilícitos que operam na criação e veiculação das drogas. A novidade é que os agentes lícitos parecem assumir posição de destaque no contexto da sociedade de consumo. Mais ainda do que na "cultura do narcisismo" ou na "sociedade do espetáculo", parecem estar em sintonia com o triunfo da religião e dos misticismos (Lacan, 2005a), e com a proliferação dos grupos anônimos de autoajuda, estratégias de massificação subjetiva aplaudidas pela mídia e pelos setores dos trabalhadores da Saúde geralmente alinhados com a ética do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM).

Encontra-se plenamente consolidada a proeza radical dessa psiquiatria tecnociência: através dos modernos psicofármacos, torna-se medicina mental, convincente para seus pares médicos, e erige-se ao estatuto de novo mestre social para os impasses da vida cotidiana manifestos como sofrimento psíquico. Aqui ela pode aliar, finalmente, as suas duas armas mais poderosas expressas no radical "med" que está presente também no termo medicalização. Med, relativo ao Discurso Médico como laço social de produção e med relativo ao seu maior meio de ação, o medicamento psicofármaco.

Um mestre distribuidor

Retomemos a análise do Discurso Médico da psiquiatria quando ela incorpora o Discurso Universitário, ou seja, quando ela se aplica na prestância. A análise de Clavreul, iniciada anteriormente, já havia indicado que o laço social produtivo nesse caso é o Discurso da Universidade. Interessa a partir de agora aprofundar a análise da prestância da psiquiatria orientada pelo DSM-IV, a fim de examinar a hipótese de que sua *performance* medicalizadora pode chegar à produção de formas de uso do psicofármaco homólogas da toxicomania, que como todos sabem, ela aborda simplesmente como dependência química.

Partamos da situação mais comum. Na realidade, para se chegar ao Discurso da Universidade há um percurso a ser realizado pelo sujeito do sofrimento. Pois o modo como se apresenta o sujeito no sintoma é o Discurso

Médico (Figura 3): um sujeito ($) representado por um significante (S1) para outro significante (S2), mediante a sobra de um resto de gozo figurado no *objeto a*. Nas condições do sintoma, o *objeto a* figura a dor da pulsão que a disfuncionalidade do sintoma faz vazar – gozo que se dissipa para o indivíduo, mas que na sociedade de consumo sempre será reaproveitado (pela reinscrição necessária do Discurso Médico no Discurso do Capitalista).

Quando em busca de ajuda psíquica, o indivíduo chega num estado de paroxismo da falência dos próprios esforços para estabilizar o sintoma, mas essa estase dos processos de subjetivação (incapacidade de produção de sentido novo) faz que na circunstância do pedido de ajuda psíquica o sujeito apareça como dividido na posição de agente (Figura 5, DH/DS e DA). Sua divisão subjetiva cria esse momento inicial de protagonismo, e ele necessariamente inicia um laço social no qual assume a posição do agente como $, dirigindo-se ao outro na posição de mestre (S1), depositando nele a suposição do saber-poder-curar – efeito da alienação do sintoma que se encontra em disfuncionalidade paroxística. É a resposta desse outro instituído no lugar do trabalho que determina a forma do laço social e os modos do processo de produção do que se trata de produzir nesse contexto. Se ele responde do lugar de mestre sabedor/supridor, então está instalado um dispositivo de produção que inscreve a estrutura do Discurso da Universidade a que nos referimos antes. Se sua resposta consistisse em suspensão do saber--poder-curar começaria a consolidar-se o DH como Modo de Produção, passo necessário para se chegar ao Modo de Produção Discurso do Analista (DA). Na situação atual de dominância da psiquiatria DSM, o indivíduo encontrar-se-á fatalmente com uma resposta que o introduz no Discurso da Universidade (DU).

No DU o psiquiatra aparece como agenciador de um saber enciclopédico que se apresenta como S2 na posição de agente do laço social (em cima e à esquerda), dirige-se ao indivíduo queixoso como objeto, na posição de trabalho (o lugar do outro, em cima, à direita), porém, nessa posição nada tem a fazer além de fornecer as respostas que serão expropriadas por S2, com a finalidade de produzir uma réplica diagnóstica a partir do saber da psiquiatria-DSM (Diagnostic and Statistic Manual). Nesse laço social, cujo efeito produtivo visado é da distribuição de um diagnóstico e dos psicofármacos. A produção do sujeito ($, embaixo, à direita) é um efeito necessário decorrente de se tratar o sujeito como objeto. Isso já sabemos, a partir da

análise de Clavreul; entretanto é preciso que nos detenhamos um pouco para perceber as diferentes formas do ressurgimento dessa divisão: adesão ao fármaco com a persistência reiterada da queixa, espécie de protesto em forma de denegação, uma vez que o amordaçamento só é notado pelo sofrimento vindo dos efeitos colaterais – o indivíduo passa a se queixar do medicamento ou do médico, no lugar da queixa original; acirramento da angústia inicial do sintoma pela inoperância do fármaco na restituição da sua funcionalidade, o que dará margem a uma série de manipulações pelo psiquiatra quanto à substituição do fármaco, quanto à dose e associações com outros medicamentos – *via crucis* nunca terminada pelo indivíduo, uma vez que é impossível a supressão de um estímulo (angústia) com outro estímulo (fármaco) sem gerar um circuito infernal, o mesmo princípio atuante na base da toxicomania como tal.

Vale a pena insistir na observação de que uma das metas caras a esse laço social (sua verdade estrutural) é a produção de um significado tautológico que visa eternizar-se como significante mestre (S1, situado à esquerda e embaixo), que agora representa o sujeito ao mesmo tempo em que referenda o consumo, *ad eternum*, dos fármacos receitados. Parece demonstrado que o DU, assim configurado, presta-se a ser o bom agente distribuidor dos produtos da tecnociência e da indústria químico-farmacêutica.

Uma síntese dos efeitos principais da psiquiatria operando no DU indica que seu efeito mais notável é a produção da dependência infinita de psicofármacos, caso em que o modo de uso cria uma toxicomania, configurando um sentido específico do termo medicalização. Nossa hipótese é que esse sentido tende a generalizar-se, até abarcar toda a psiquiatria que se pauta pelo uso do DSM IV como referência. Mesmo nos casos em que o consumo não é compulsivo como o diagnóstico de esquizofrenia, depressão, entre outros, existe essa infinitização. Recebem a informação de que "é para o resto da vida", são, portanto, introduzidos numa demanda que caracteriza inevitavelmente a performance de consumidor consumido.

Aparentemente inadvertido o psiquiatra acaba inserido em uma modalidade do laço social capitalista contemporâneo que será bem descrita pelo Discurso do Capitalista e sua variante homóloga Discurso do Consumidor. Comprimido entre, de um lado, a publicidade e as benesses da indústria, e de outro lado, os apelos do indivíduo queixoso sob a proteção dos direitos do consumidor, impulsionado pela demanda de respostas imediatas e ao

abrigo das políticas públicas de suprimento medicamentoso, esse psiquiatra acaba desempenhado um papel fundamental num importante setor da produção capitalista atual – verdadeiro distribuidor dos produtos da indústria química, pousando de alquimista moderno com diversos auxiliares (ditos paramédicos).

O Discurso do Capitalista e seus homólogos

Já contamos com os elementos para análise do Discurso do Capitalista e seus corolários: Discurso do Consumidor compulsivo ou não, e discurso do toxicômano.

O Discurso do Consumidor é homólogo do Discurso do Capitalista, homologia que só fica evidente quando o consumidor se torna compulsivo por mercadorias particulares, como psicofármacos, por exemplo, constituindo a chamada dependência de benzodiazepínicos; situação que não vai diferir estruturalmente da toxicomania[4] propriamente dita. Veremos, entretanto, que a toxicomania, seja por drogas lícitas ou ilícitas, constitui uma realidade bem diferente do genericamente chamado consumo compulsivo.
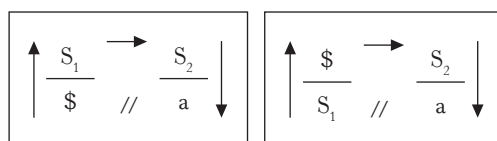
Figura 6 – Escritura dos laços sociais Discurso do Mestre (à esquerda) e Discurso do Capitalista e Discurso do Consumidor (à direita).

O Discurso do Capitalista é elaborado por Lacan para dar conta das transformações introduzidas no laço social antigo pelo Modo de Produção

4 O termo toxicomania se refere a um modo de uso de drogas absolutamente singular, portanto muito diferente do genérico uso de drogas, seja o dito abusivo ou não. Aí a dependência, psíquica e física, chegou ao pondo de podermos dizer que é a droga que administra o indivíduo, ou seja, ele está sob o absoluto comando dela, em uma verdadeira rota de autoabolição. Dito de outro modo, freudianamente falando, o objeto droga, inicialmente um artefato de prazer, converte-se num objeto cujo estatuto é idêntico ao objeto da necessidade. Isso é o mesmo que dizer que a distância entre os dois vai encurtando infinitesimalmente até que "a sombra do objeto cai sobre o sujeito", tal como na psicose melancólica (Freud, 1980a).

capitalista, sobretudo em sua fase tardia. Essas transformações são ainda maiores e mais relevantes se forem levadas em conta as transformações do próprio Modo Capitalista de Produção: a fase configurada como neoliberalismo, a globalização, a substituição do trabalho humano pelo das máquinas e pelo saber da ciência, a sociedade de consumo, a instantaneidade da informação-mercadoria, a virtualização da realidade.

> Na passagem do senhor antigo à sua versão moderna, passou a contar cada vez mais o saber da ciência. Saber que trabalha sem mesmo a necessidade de empregar alguém. A tendência ao 'desempregar' é própria da instalação do saber científico no lugar do trabalho no Discurso do Capitalista. Aliás, quando se fala em ciência moderna é sua face de tecnociência que sobressai. O saber científico objetiva-se nos *gadgets*, *cyber-products* e *smart-products* que sustentam o consumir. (Gonçalves, 2000, p.92)

> Em um mundo onde emergiu [...] não o pensamento da ciência, mas a ciência de algum modo objetivada, refiro-me a essas coisas inteiramente forjadas pela ciência, simplesmente essas coisinhas, gadgets e coisa e tal, que por enquanto ocupam o mesmo espaço que nós no mundo em que essa emergência teve lugar, será que o savoir-faire, no nível do manual, pode ainda ter peso suficiente para ser um fator subversivo? (Lacan, 1992, p.140-1)

A economia pós-capitalista, como é chamada, "[...] confere ao *conhecimento* o estatuto de fator de produção fundamental, desbancando os tradicionais trabalho e capital, da era industrial (séculos XVIII-XX)" (Gonçalves, 2000, p.103). Na década de 1990 começa-se a falar em trabalhador do conhecimento, e em conhecimento trabalhador: "[...] digamos que em termos de estrutura discursiva, é o saber (S2) da ciência, todo-saber, que trabalha na fabricação daquilo que não havia antes no mundo. [...] Saber para *fazer/fabricar*. *Tecnociência*" (ibidem, p.105). Pode-se dizer que é o próprio saber expropriado do "saber-fazer" do trabalhador que retorna usurpando o lugar que lhe pertencia no DM, deslocando as "massas trabalhadoras" para o lugar de mero fazer (diz-se "setor de serviços"). Esse saber da tecnociência pode ser lido claramente no Discurso do Capitalista, no mesmo lugar em que operava o saber-fazer que caracterizava o DM (S2 em cima, à direita). Porém, com uma condição: a ciência aplicada à fabricação pelas

máquinas só pode operar no Discurso da Universidade, ou seja, com um saber sabido que, por si, não vai além da mera repetição – antípoda completo do saber intrínseco do trabalhador humano. A outra possibilidade é que o DC simplesmente desloca o indivíduo para o lugar do consumidor; nesse caso as análises falam em "[...] exigência de disponibilidade 'incondicional' para ser consumidor" (ibidem, p.102). Nesse ponto é necessário acrescentar um esclarecimento importante para elucidar a análise estrutural: embora o saber da ciência, originalmente extraído do trabalho (como "saber-fazer") opere no lugar do outro que trabalha no Discurso do Capitalista, quando consideramos a perspectiva da divisão social do trabalho entre fazer e pensar, esse saber (S2, em cima, à esquerda) será o grande agenciador de um trabalho especificamente intelectual, vindo a constituir historicamente o novo laço social Discurso da Universidade.

Se o Discurso do Mestre pode ser caracterizado pelo desejo de que tudo ande bem a qualquer custo (por isso classicamente se localiza aí a objeção histérica, verdadeira sabotadora original), ao Discurso do Capitalista já não basta andar bem, ele se rege pelo "desejo de que tudo corra bem" (ibidem, p.115). É possível afirmar que nessa corrida também a objeção mudou de figura: toxicomania. A objeção dramática cede lugar ao ato trágico, demonstração ética dos efeitos do "consumo que se consuma" como o define Lacan. No DC o mercado realmente corre por sua própria conta, o que também constituía o DM; a novidade, porém, é que ele "corre servindo-se da própria estrutura do desejo em seu avesso de gozo" (ibidem, p.116). Vemos que é uma forma de dizer que o indivíduo é posto na berlinda como consumidor. Mas não apenas na figura em que há muito tempo o conhecemos, trata-se agora do consumidor que se pode realmente designar como consumido, na medida em que o gozo (neste caso uma clara figura da carência) substitui o desejo – adeus aos ideais de carecimento, cujas notícias, mesmo que remotas, ainda podíamos ouvir nas reivindicações e objeções vindas das lutas dos trabalhadores.

No Discurso do Consumidor – contrapartida necessária do DC – há essa inércia do objeto colocado sobre o sujeito ($\$ \leftarrow a$), inércia derivada do próprio engodo do gozo em que ele está capturado (Figura 6). Situação que, no limite, o reduz à posição de objeto do laço social "de produção". Tal como não cabe ao trabalhador da "época do fim do trabalho" recusar as possibilidades oferecidas para trabalhar (S2 como puro fazer no lugar do outro que

trabalha, em cima, à direita) – ou trabalha ou perece; não caberá ao "consumidor consumido" recusar os termos desse laço social. Situado no lugar do agente como um sujeito que, a rigor, não tem mais divisão subjetiva, mas apenas "direitos de consumidor", no melhor dos casos, ou sua compulsão, no pior. Ou seja, no limite, ele está na posição atroz do consumidor compulsivo. Para ele o consumo pode ser substituto do trabalho, ou um sucedâneo. De qualquer modo é difícil saber qual é para ele o terror maior, se estar incluído nessas capturas ou ficar excluído delas; afinal a exclusão é uma face necessária da globalização (Soler, 1997). Sabemos que há situações em que os indivíduos vêm nos interpelar consumidos pelo próprio paradoxo, ainda que ele se apresente em forma de sofrimento privado. Nesses casos, o melhor é responder com o adágio freudiano: "saber das Outras Cenas!". Mas para isso serão necessárias algumas revoluções de Discurso. Dito de outro modo, a receptividade do operador-intercessor deverá começar pela suspensão (porque não, dialética?) das posições em que necessariamente será interpelado, seja como "saber-poder-curar" (S1, lugar do trabalho no Discurso da Histeria), seja como distribuidor do produto (S2, lugar do trabalho no Discurso do Consumidor).

Retomando a estrutura dos dois laços sociais (Figura 6). A escritura do Discurso do Capitalista (DC) e do Discurso do Consumidor, seu homologo, permitem elucidar claramente vários lances dos laços sociais em que a psiquiatria-DSM opera para produzir suas próprias toxicomanias.

No DC introduz-se a dimensão do atroz do agente. O capital não tem mais mediação, no sentido próprio do termo, em sua relação com o trabalho (só sobra a lei do mercado). O trabalhador (S2) não tem mais saber. A expropriação ganhou um novo meio: o consumo. A meta do laço social é a produção de mais-valia/mais-gozar, e manter estáveis as relações de produção. É a pretensão de que não haja antônimo para o Modo Capitalista de Produção, ou seja, o S1 (saber ideológico) se pretende perenizado. A relação (S1→S2) indica que a globalização e a universalização do Modo Capitalista de Produção afetam de modo radical, e como nunca, a situação do trabalho (como meio de sobrevivência único nessa forma de laço social, e também como expressão de carecimento), a ponto de se falar em precarização, e mesmo fim, do trabalho. O vetor ($\$ \leftarrow a$) indica justamente o contraponto do vetor anterior: vale o consumo (objeto conectado com o sujeito e, às vezes, no comando do sujeito) como um Modo de Produção, como um modo

de realização do valor, complemento necessário da extração de mais-valia/mais-gozar na era da robotização da produção.

A inflexão produzida na relação ($\$\leftarrow a$) também indica que se tornam homólogas a Formação Social e a formação subjetiva, pois a relação $\$\leftarrow$a torna-se perigosa por seus efeitos subjetivos, na medida em que o consumismo reina na Formação Social, associado à ideia de felicidade pela ingestão de uma variada gama de *gadgets*-suprimento (objetos feitos especificamente para gozar sem a mediação de outros fins que, para o sujeito, estejam além dessa demanda específica e imediata). Isso, por outro lado, parece dar-se em paralelo à fragilização do indivíduo (figura subjetiva proeminente na sociedade de consumo, com a qual Foucault fez fortuna) devida justamente a essa aproximação entre sua dimensão sujeito ($\$$) e sua dimensão objeto (*objeto a*), que o posicionam numa relação perigosa com os ideais socioculturais, pela ameaça que representam para a própria estrutura da fantasia fundamental ($\$\lozenge a$); isto é, essa relação do sujeito com o objeto na sociedade de consumo pode apresentar-se como uma espécie de gume mortal, cuja resultante é a presença em seu aparelho psíquico de quantidades de pulsão não inscritas como "sentido". Onde falta sentido, sobra angústia. Essa é certamente outra razão que torna tão fácil, na atualidade, a transformação dos impasses subjetivos em "objeto" facilmente apropriado pelo Discurso da Ciência psiquiátrica.

Vale a pena tentar compreender melhor essa última circunstância. Digamos que os processos sociais de produção, inclusive da subjetivação (primária e secundária), estão atravessados pelos impasses de uma Formação Social que se funda na expropriação de gozo. Lacan falará de um gozo figurado num objeto que é a causa do desejo da economia do Modo Capitalista de Produção. Isso terá seu reflexo necessário na dimensão subjetiva, perceptível pelas problemáticas nas quais é notável a presença da pulsão que escoa sob a forma de *mais-gozar:* um gozo que se goza na dissipação, inundando o indivíduo com as diversas formas da compulsão, da angústia, do pânico e da depressão – figuras do Sintoma Social Dominante (SSD). Por outro lado, esse gozo do sintoma acaba contabilizado de diferentes formas do lado do $\$$ capitalista (no lugar da produção-produto; como *objeto a*, embaixo e a direita no DC), portanto, desertando de S2, seu proprietário originário (situado no lugar do trabalho, em cima e à direita).

A partir daí pode-se situar um corte essencial, esse consumo facilmente se torna consumismo (inclusive em formas compulsivas) e o objeto passa,

portanto, a comandar o sujeito. Quando isso acontece vemos a homologia entre o DC e as formas do Sintoma Social Dominante.

A grande novidade é que vamos ter figuras do Sintoma Social Dominante que são criadas pela psiquiatria contemporânea. A benzodiazepinização dos ansiosos como uma figura da medicalização é a mais antiga e mais notável, mas há outras; na realidade a psiquiatria está em pleno *work in progress*: TDAH, TOC (transtorno obsessivo compulsivo), depressão, pânico, fibromialgia etc., sempre medicalizadas, bem entendido. Nesse processo, "transtorno" passou a ser o novo nome do "sintoma", reduzido à magreza da concepção médica.

Para completar a análise panorâmica do DC vale a pena indicar ainda mais alguns aspectos. No lugar da verdade figura o S1, por um lado o próprio tirano-capital que agora se oculta sob $, como já dissemos, tentando recalcar a percepção de seu agenciamento tirano e atroz. Por outro lado, o S1 como significante mestre do discurso social dominante, figura a meta da perenidade ideológica, através do objetivo de manter intactas as relações sociais de produção, o que sabemos ser impossível, pelo necessário desenvolvimento constante dos meios de produção. Outro modo de dizer que o trabalho humano é criacionista, ou seja, cria "valor-a-mais" convertível em mais-valia; porém, sobretudo, cria valor que se agrega inalienavelmente ao patrimônio do próprio trabalhador (não deixamos de saber também que a alienação sociocultural e política é o antagonista dessa segunda produção, que entendemos como a mais preciosa para os interesses socialmente subordinados, presentes nas instituições de Saúde Mental, ou seja, os sujeitos do sofrimento e os trabalhadores). A impossibilidade de realização dessa meta de fazer coincidir absolutamente ideologia dominante e tecnologia dominante no DC é indicada pelas duas barras paralelas (//) entre S1 e *a* (embaixo).

Um consumidor singular

A medicalização com um laço social de produção da Atenção e seus efeitos pode ser lida no Discurso do Capitalista (Figura 6), dada a homologia entre ela e o Discurso do Consumidor. O decalque que a análise estrutural nos permite deixa perceber uma figura de "medicalizado", cujas características autorizam nomear discurso do toxicômano. A medicalização supõe *um*

usuário que se inscreve entre significantes (S1-$-S2), ou seja, na produção de sentido. Essa inscrição, pelas características do sintoma, se dá no arranjo discursivo Discurso do Mestre. Isso significa que o S1 que representa o sujeito é, em maior ou menor grau, recortado do discurso ideológico dominante, quer dizer que é um significante de funcionalidade tautológica; o mesmo que dizer que a produção de sentido para as injunções de sua realidade cotidiana e subjetiva entrou em colapso. Essa é uma parte fundamental da verdade (embaixo, à esquerda), a estase da produção de sentido é uma forma paradoxal de retorno do recalcado (o sujeito objetivado recalca o saber em ação em todo o sofrimento psíquico).

Perdida a freudiana significação original do sintoma, para o sujeito e também para o médico, só resta multiplicar os nomes do sintoma (significantes, S1, que pretendem representar o sujeito após seu impasse). A prática demonstra que, através dessas tautologias, a psiquiatria só redobra de modo especular o saber do sintoma, fracassando absolutamente em fazer chegar ao sujeito sua própria mensagem que está recalcada; em vez disso faz chegar o produto (figurado pelo *objeto a* no lugar da produção, em baixo, à direita), *gadget* medicamentoso que, em associação com a referida renomeação do S1, pretende manter a funcionalidade do sintoma.

Com essa introdução do usuário no Discurso do Consumidor, e a passagem do psiquiatra à posição de intermediário distribuidor podemos dar por instalado o uso da medicação como infinito; no limite, sem mediação entre o sujeito e o objeto de consumo. Sabemos que esse é o ideal da Formação Social neoliberal expresso tanto na extração infinitamente progressiva de mais-valia/mais-gozar, quanto na sua busca incessante de um objeto capaz de ser a um só tempo de necessidade e desejo, e cuja reposição seja automática e infinita (Melman, 1992). Nessas toxicomanias controladas, efeitos da medicalização, o consumo também nunca cessa e é necessário sempre aumentar a dose e diminuir os intervalos de uso, até que os efeitos colaterais apareçam como limites reais envolvendo o corpo; tal como na toxicomania comum.

Esse psiquiatra medicalizador é o que encontramos em toda a parte na atualidade, até mesmo no campo da Atenção Psicossocial, de onde ele já deveria estar se deslocando. Convém sublinhar que nossa generalização admite o confronto do particular, tão pouco esta análise é centrada na pessoa dos profissionais. Falamos em laços sociais de produção, embora saibamos

que em nosso campo produtivo o cerne desses laços sejam as pessoas em suas posições socioculturais e subjetivas; trabalhadores e sujeitos do sofrimento são absolutamente indissociáveis de nossas tecnologias e dos demais meios de produção.

É possível considerar que o consumo compulsivo de psicofármacos aparece como retorno atroz do outro lado que se pretende excluir do "consumidor feliz" (quem primeiro inventou o sujeito feliz, mais feliz com os psicofármacos, foi o Prozac). Aí está mais uma figura do *terrível hábito*, repetição mortífera do *mesmo*, sob a forma do retorno real da mais potente dimensão veneno do *phármakon*, muito além dos efeitos colaterais comuns. Esse "inconveniente" é suficiente para fazer ruir toda a esperança afoita de conquista de novos territórios de gozo; o que nos obriga a situar seu consumo do lado da carência e não do carecimento.

Esse consumo compulsivo não deve nada, em termos estruturais e de efeitos psíquicos, à forma da compulsão toxicomaníaca que compõe o conjunto das figuras do Sintoma Social Dominante (SSD), nas quais o objeto sempre está no comando do sujeito ($←a). Entretanto é preciso notar que a simples utilização da medicação pelo usuário, e mesmo pelos receitadores, não constitui em si uma figura do Sintoma Social Dominante, pois tal patamar de uso só é atingido pela ação desse agente especial, o "medicalizador" que, pela modalidade do laço social introduzido na produção da Atenção, faz operar um tipo de uso reiterado que reproduz, redobrando-os, os efeitos das problemáticas que configuram o Sintoma Social Dominante. Tudo se passa como se ele nem desconfiasse que no fundo só mimetiza as formas do sintoma que são produzidas pela própria Formação Social: depressões ($←a), pânicos ($←a), TOC ($←a), toxicomanias ($←a).

O vetor ($←a) indica a ênfase com que o $ se deixa medicalizar, das formas brandas à drogadição (Figura 4). Nas duas flechas cruzadas pode-se ler a indicação do que significante e gozo se antagonizam, por um lado, mas se multiplicam, por outro: quanto mais o sentido caminha para zero mais o gozo fica no comando do sujeito; aspirando à eliminação de toda a mediação significante ($←a), situação que poderia ser aproximadamente ilustrada clinicamente pela depressão melancólica, em que "a sombra do objeto cais sobre o sujeito" (Freud, 1980a). Zero de sentido, zero de mediação sujeito-objeto, infinito de gozo, outro modo de falar de um consumo que se consuma.

O fármaco, por seu lado, adquiriu a configuração de *gadget*, não só por sua característica fundamental de ser "feito só para gozar", mas também por sua "evolução em gerações" como qualquer outro produto de consumo (Laurent, 1995, 2004).

Pode-se pensar que essa configuração de *gadget* do psicofármaco, mais que perfeitamente incluído no laço social em que se forjam as próprias figuras do SSD – isto é, a Formação Social hipermoderna – e sua consistência de valor-de-uso, para essa sociedade mero suporte de valor-de-troca, conferem uma nova feição ao Discurso Médico da psiquiatria DSM: não mais apenas Discurso do Mestre e Discurso da Universidade, mas também Discurso do Capitalista (DC). Ao associar efeitos renegatórios e foraclusivos: formula a crença de que o sofrimento ainda será todo suprimido (resposta congruente com a do carismático); e que o gozo poderá equilibrar ou suprimir o gozo. Paradoxo desde cedo assinalado por Freud, de que não é possível responder a um estímulo com outro, sem gerar uma diferença de estimulação que, por sua vez, gera a demanda de outras "estimulações" *ad infinitum*. Renega-se a própria dimensão criacionista da pulsão.

Só resta considerar mais um aspecto interessante desse paralelo entre o Discurso do Consumidor e o Discurso do Capitalista, que nos permite demonstrar a relação estrutural entre dois modos homólogos de comando do objeto sobre o sujeito. De modo geral, notamos que tal como o objeto está sobre o sujeito na economia capitalista – dimensão social do gozo – pois a mais-valia ainda não deixou de ser a causa do Modo Capitalista de Produção, mesmo que "pós-liberal globalizado e virtualizado"; também homologamente o objeto está sobre o sujeito na sociedade de consumo, realizando como nunca a tese de Marx que afirma serem os produtos que levam os homens ao mercado, com a diferença que hoje eles o levam mais longe e mais rápido. Cabe, entretanto, uma particularização dessa relação objeto-sujeito nesse modo paroxístico do consumo que são as compulsões em geral e as toxicomanias em particular. Nesta última situação, o laço social capitalista parece escancarar sua verdade cabal (nesse caso, aspirando a ser toda). Ou seja, um consumo tão perfeito, de aspiração infinitesimal, que se consuma. Sem nenhum impedimento ao afã de expropriação de gozo por parte do Discurso do Capitalista, em sua fase neoliberal consumada – de quebra, está realizado por completo o preceito da ética sadiana: "Tenho o direito de dispor de teu corpo [...]" (Julien, 1996, p.63). A ampliação da mais-valia

relativa desconhece qualquer freio (Marx, s. d.). Restaria exclusivamente a lei de mercado para a Formação Social capitalista, e o limite do corpo a liquidar, para o gozo toxicômano. O sujeito-capital e o sujeito-toxicômano ($) enveredam num ritmo de consumo tão atroz que acabam consumindo os próprios corpos que são o suporte e meio desse gozo. Efeitos agora perfeitamente visíveis tanto no corpo do toxicômano como no do planeta. A propósito, convém esclarecer que estamos utilizando o conceito lacaniano do *objeto a*, do qual a droga como objeto é uma ocorrência empírica, trate-se da mercadoria, do *phármakon* ou da cocaína.

Considerações finais

A medicalização é certamente um fenômeno complexo de múltiplas determinações. Mas é inegável que os psicofármacos posam de solução para velhos males, ao mesmo tempo que parecem requerer novos males para a nova solução. Posam de antimanicomiais, mas eles próprios podem ser a nova fisionomia do Manicômio – "Manicômio químico". A medicalização do modo como vamos encontrá-la estabelecida nas práticas de Atenção ao sofrimento psíquico no final do século XX anda de mãos dadas com um estilo societário. Lacan, antecipando-se ao demais, desenhou suas principais coordenadas sob a locução significante "Discurso do Capitalista". Ao final da década de 1960, que para alguns pareceu o crepúsculo do Modo Capitalista de Produção, uma série de convulsões sociais de superfície funcionou como o prenúncio de transformações estruturais gestadas em silêncio por trás das "cortinas de ferro" num palco que ficaria conhecido como "guerra fria". De uma hora para a outra vimos o fordismo desmanchar-se no ar junto com os ideais revolucionários socialistas, fazendo surgir a precarização do trabalho, o avanço da cultura do narcisismo e do espetáculo, o paroxismo do consumo pelo consumo, o *boom* da informática e a virtualização da realidade, o hedonismo da droga e as toxicomanias, o acirramento dos velhos impasses subjetivos e o surgimento de outros novos; em fim, recrudescimento dos misticismos, a panaceia dos psicofármacos. Esse cortejo vinha a reboque de uma transformação sociossimbólica das formações sociais locais rapidamente arrastadas numa globalização, até então sem precedentes, impulsionada pela *lei do mercado* finalmente liberta de seus últimos constran-

gimentos (neoliberalismo, Estado mínimo etc.). Apenas numa sociedade da carência poderiam aparecer as diferentes formas do consumo compulsivo elevadas a proporções epidêmicas, verdadeiras derivas de gozo como respostas de um sujeito que "cedeu de seu desejo" (Lacan, 1988). Quem poderia pleitear o uso livre das drogas como um direito de todos às benesses do desenvolvimento social da sociedade em que vivemos se não estivesse confundindo, por completo, essa conjuntura social com uma sociedade do carecimento?

A medicalização como uso do psicofármaco tampona os processos de subjetivação agonísticos abertos pela disfunção do sintoma, ou seja, substitui de uma resposta de sentido onde este é radicalmente demandado. Redobra, contra Freud, o gesto cartesiano de exclusão do sujeito e da subjetividade, obrigando seu retorno sob formas encarniçadas e invertidas do gozador compulsivo. Para o sujeito do sofrimento a medicalização poderia ser um sintoma se fosse uma formação do inconsciente, mas ela é um retorno no real, uma vez que mais cedo ou mais tarde surge o encontro com o "terrível hábito" parceiro fiel da angústia mais atroz, vivida sempre nos momentos da abstinência. O mais típico nesse caso são as dependências de psicofármacos entre os adultos, mas cresce a proporções geométricas a medicalização de crianças em situações diagnósticas altamente duvidosas (Jerusalinsky, 2005; Mano, 2009; Ferrazza et al., 2010). Algumas delas parecem predestinadas a engrossar as fileiras dos futuros toxicômanos: coincidência ou não tem sido cada vez mais comum encontrarmos na clínica indivíduos usuários de drogas que, ao referirem sua entrada precoce no uso dos psicofármacos, atribuem à própria mãe tê-los iniciado no uso dos "entorpecentes". O alarmante é que não se deixem intactas nem as crianças. Pois de fato não há nada de novo na operação de criação do diagnóstico do TDAH. A psiquiatria faz operar, como sempre, o Discurso Médico na forma do DM: trata-se de juntar manifestações empíricas diversas e criar um rótulo que é sempre o novo nome de um sintoma (no sentido médico). O notável é que a TDAH como sintoma não remete a nenhum sujeito, é apenas a figura de uma nova doença mental – tal como a fibromialgia, a distimia e outras – só que específica das crianças. Também é notável que não sejam elas que se queixam.

No discurso enunciado da Reforma Psiquiátrica não é mais admissível a "indústria da internação", como a chamava o velho Luiz Cerqueira (1984),

embora na prática se admita tranquilamente a "indústria da medicalização". A perspectiva ética da Atenção Psicossocial nos obriga a encarar, resolutos, essa forma do Manicômio químico que nos interpela nas próprias entranhas do Caps. A luta antimanicomial deve ser hoje também uma luta antimedicalização, pois essa é uma das faces mais destacadas do Manicômio que proliferou – "Manicômio químico".

Cintilam por todos os lados as evidências de que a medicalização está muito longe de ser apenas "questão de médicos" ou mesmo de trabalhadores da Saúde. Na análise do laço social que opera na produção da Atenção desvelamos, hígido, o Discurso do Capitalista recortando o tempo e o espaço com a escansão dos "três apitos" do seu velho trem-capital. O psicofármaco é desdobramento industrioso do *phármakon* assepciado de sua potência dupla (remédio e veneno). Fabricado em escala industrial não difere dos outros objetos feitos para gozar, e ao mesmo tempo ainda transportadores laboriosos da mais-valia a ser realizada no consumo. *Gadget* maravilhoso, efeito supremo da tecnociência, lícito e ilícito. No fundo, um objeto de consumo como outro qualquer, apenas mais perigoso.

Não é nosso objetivo imediato neste ensaio propor uma saída para a situação desenhada em torno do Discurso do Capitalista e seus homólogos, mas é oportuno indicar algo a ser realizado nas práticas da Atenção Psicossocial, aproveitando os encadeamentos de pensamento anteriores. O intercessor psicossocial, independente de sua disciplina (mas não da sua especialidade) orienta-se na ética do sujeito do sofrimento, como suporte do sofrimento e do saber fundamental capaz de barrá-lo. Uma hipótese radical desse intercessor é que há sujeito no sofrimento e há saber de sujeito capaz de dar conta do sofrimento psíquico em sua diversidade. Daí sua persistência em dar atenção, não ao sinal como representação especular do sujeito, mas como metáfora do sujeito (em sentido amplo) e metonímia do próprio indivíduo em sua complexidade social. Portanto, onde há sofrimento, há sujeito. A ética em questão convida a pensar o sujeito do sofrimento como correlato necessário do sujeito do desejo e do carecimento.

Se compreendermos que o sujeito do sofrimento é antes de tudo a presença do sujeito do inconsciente – eis um ensinamento freudiano que pode ser recalcado, mas não evitado – então compreenderemos que é preciso dar consistência ao Modo de Produção que caracteriza o sujeito como saber, saber inconsciente; isto é, ao Modo de Produção Discurso da Histeria ou

do sujeito. Estamos no cerne da concepção lacaniana da transferência, que afirma que no início da busca de ajuda psíquica já está operando o saber inconsciente, embora eclipsado pelo paroxismo do gozo/angústia, que vasa do sintoma, e que faz que esse saber só apareça supondo um outro que o possuiria. Saber-poder-curar é uma dessas figuras do "Sujeito Suposto ao Saber" em sua apreensão imaginária. Quando o sujeito figura no lugar do agente, o indivíduo se apresenta dividido e agenciador de um saber inconsciente novo, isto é, está na iminência de uma revolução de discurso capaz de posicioná-lo no lugar do trabalho e por em ação a escolha decidida dos novos significantes "que o representam" a cada momento. Mas para que tal revolução se dê há uma condição imprescindível: suspensão do saber-poder-curar de parte do intercessor, única possibilidade do sujeito reincorporar a posse do saber inconsciente penhorado em razão dos seus impasses.

Para dar consistência ao Discurso do Sujeito, o intercessor precisa saber fazer operar uma outra dimensão fundamental do "mestre" criada por Freud e elucidada por Lacan. Trata-se do "significante mestre", um significante como enxame de sentido. Em termos práticos, significa suspender de imediato o saber-poder-curar e fomentar a entrada em campo do saber-que-preside-ao-sofrimento. Abre-se um novo campo de possibilidades produtivas que pode se expressar na Clínica Crítica, isto é, na clínica do *clinâmen* de sentido (Costa-Rosa et al., 2003), mas que deve também visar o real na origem dos sintomas (Lacan, 1981). Uma clínica que garimpa o saber da psicanálise, "uma vez que esta tem por vocação mudar algo na economia do gozo" e toma como bússola a objeção que insiste no sintoma (Soler, 1998, p.261). Compreende-se, portanto, que essa clínica abre para o sujeito a possibilidade de uma posição que está muito longe da de "objeto" inativo ou silente que lhe cabe nas variantes do Discurso Médico: DM, DU e DC.

De passagem, nunca é demais lembrar que a crítica ao Discurso Médico em suas diferentes versões de exercício feita neste ensaio não deve ser confundida com qualquer forma de anulação do saber psiquiátrico, nem mesmo com seu barramento *a priori*. Uma parcela do conhecimento de especialidade da psiquiatria como medicina é de fundamental importância, ao lado do saber dos demais que poderão compor as unidades de produção da Atenção Psicossocial: (psi)cólogos, agentes sociais, culturais, estéticos, e outros. Ademais, concebemos outra possibilidade estrutural de exercício

da psiquiatria que não o Discurso Médico.[5] De qualquer forma não há sombra de dúvida, a estratégia medicamentosa deve ser colocada na posição de coadjuvante dos processos de produção da Atenção ao sofrimento psíquico.

Como desconsiderar que evidências clínicas e efeitos iatrogênicos recomendam "[...] privilegiar o sintoma como uma manifestação do sujeito. Isto é, uma forma de sair do Discurso do Capitalista, que condiciona desde o diagnóstico até o tratamento, para restituir à medicação seu justo valor de paliativo e não-resolutivo do sofrimento mental" (Quinet, 2006, p.22)?

A definição e construção prática e teórica da clínica na Atenção Psicossocial como Clínica Crítica e Ampliada é tão essencial que deve ser objeto de um estudo específico. Acreditamos que a crítica da medicalização pode ser uma contribuição relevante.

A desmedicalização como uma meta radical do Paradigma Psicossocial só pode ser sustentada como uma causa a ser defendida e praticada nas brechas do paradigma medicalizador. Estamos cientes de que não se pode derrubar de imediato e de uma vez por todas a medicalização como componente de um paradigma que se encontra em perfeitas condições de saúde. Ademais, como não notar seus ares de harmonia com um *ethos* social que parece comprazer-se num processo de generalização de formas sociais em que o mal-estar é elevado à categoria de componente necessário para uma forma de solução biopolítica que conjuga, pretensamente de modo perfeito, os corpos e a aplicação de um produto?

As brechas são aparentemente pequenas, mas em contrapartida são bastante estridentes. A estratégia micropolítica em que temos procurado situar a luta para implantar e consolidar as práticas da Atenção Psicossocial combina perfeitamente com a sugestão de Santos (2007): nas condições de inexistência de uma agenda de transformações globais a melhor tática é aproveitar os conflitos.

---

5 Ver o ensaio 6 "Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial", neste livro.

6
Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial

Neste ensaio[1] pretende-se analisar o lugar ocupado pela psiquiatria nos coletivos interprofissionais da Atenção Psicossocial como *unidades de produção* da Atenção ao sofrimento psíquico na Saúde Coletiva. A razão de se colocar em foco especificamente a psiquiatria decorre do lugar central ocupado por ela, particularmente em uma versão de sua atual prestação de serviços, baseada nos diagnósticos realizados através do DSM (Diagnostic and Statistic Manual) e na aplicação de psicofármacos como solução *a priori*, e comumente exclusiva. Pretende-se agregar hipóteses que contribuam para a configuração do psiquiatra necessário aos coletivos de trabalho capazes de produzir em sintonia com a ética da Atenção Psicossocial.

Contexto atual: médicos e paramédicos

Reina a psiquiatria baseada no DSM-IV, que aparece como a era gloriosa da psiquiatria, finalmente transformada na tão sonhada medicina mental, através do uso simultâneo do phármakon e do Discurso Médico como *modus operandi* (Clavreul, 1983). O estatuto de medicina mental deve grande ajuda ao desenvolvimento atual da indústria químico-farmacêutica e ao estado da globalização do Modo Capitalista de Produção responsável pela sociedade de consumo, que vem naturalizando as demandas de respostas

1 Uma versão de parte deste ensaio, modificada, foi publicada como capítulo de livro em coautoria com Silvio Yasui (Costa-Rosa & Yasui, 2009).

instantâneas de suprimentos diversos, inclusive medicamentosos para as mais diversas queixas expressas em sofrimento psíquico e impasses subjetivos de todo tipo.

Convém alertarmos, desde já, que tomamos como foco de análise a psiquiatria paradoxalmente devido a essa conjuntura que beneficia sua dominância, mas é principalmente por causa da sua versão DSM, que torna ainda mais problemática a posição histórica da psiquiatria como protagonista principal no campo da Saúde Mental. De fato, já após a década de 1930, a psiquiatria iniciava uma profunda subversão causada pelo impacto da clínica psicanalítica e pela ciência, mas a revolução introduzida pelo desenvolvimento dos psicofármacos, iniciada duas décadas depois, viria superpor-se por completo às referências psicanalíticas, deixando o campo inteiramente livre para o desenvolvimento das neurociências e da indústria químico-farmacêutica (Roudinesco, 2000). Quando a psiquiatria se torna francamente organicista, é também a época das grandes contestações mundiais à prática psiquiátrica (Fleming, 1976), que irão culminar, entre nós, com a chamada Reforma Psiquiátrica e seu desdobramento essencial: a Atenção Psicossocial como fisionomia de um novo paradigma na Atenção ao sofrimento psíquico e demais impasses subjetivos. Esse novo paradigma, no caso brasileiro, é uma conquista levada adiante por um conjunto de vanguarda dos profissionais da Saúde, aproveitando uma onda de reivindicações populares por mais democracia e melhores condições de vida e de Saúde, numa conjuntura de redemocratização do país, após duas décadas de hegemonia por ditadura. Essas circunstâncias marcarão de modo importante o desenvolvimento e a fisionomia do Paradigma da Atenção Psicossocial: práticas que se realizam no limite da ocupação das brechas abertas nos flancos do paradigma instituído e dominante e, ao mesmo tempo, podendo servir-se de um ideário político absolutamente contrário ao que sustenta esse paradigma instituído, e de conquistas jurídicas absolutamente revolucionárias, quando comparadas às dos demais setores sociais.

Mas o argumento maior para a análise crítica da prática do psiquiatra vem da constatação de que, após duas décadas de trabalho das equipes da Atenção Psicossocial – que se define como uma revolução paradigmática da Atenção ao sofrimento psíquico pelo remanejamento da psiquiatria para o lugar de coadjuvante dos processos psíquicos e sociais – a utilização *a priori* da mesma psiquiatria organicista fundada no DMS é ainda a ocorrên-

cia mais comum, mesmo no interior dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), considerados pelo ideário como espaços liberados do domínio do paradigma psiquiátrico. Muitos psiquiatras, atuando pelo DSM, parecem chegar a tal extremo de empirismo e utilitarismo, que autorizam a hipótese de que foi varrida de sua memória a proposição que caracteriza a ética da medicina como disciplina: situar-se sempre a partir da demanda, a ser entendida aqui também como além das encomendas imediatas (Laurent, 2004). Desde já é preciso deixar claro que nossas observações dirigem-se também, com a mesma pertinência, às demais disciplinas que compartilham essas unidades de produção interprofissional; do mesmo modo que a análise realizada tomando os Caps como referente pode ser igualmente derivada para qualquer coletivo interprofissional de Atenção ao sofrimento psíquico que conte com a presença do psiquiatra.

O referido uso simultâneo do fármaco e do modo de vínculo médico aparece condensado no radical "med", presente nos dois significantes importantes que denotam dois movimentos principais que compõem o ato dominante dessa psiquiatria: "medicalização", derivada do modo de uso do psicofármaco; e "medicalização" derivada da utilização do *modus operandi* médico (Discurso Médico). Esses elementos se conjugam em uma Clínica derivada da leitura do radical grego *klin* como *Klino*, de onde sai a palavra leito e o sentido de reclinar-se sobre o leito, metonímia dos princípios doença-cura e sujeito-objeto tão caros à psiquiatria-DSM (Costa-Rosa et al., 2003).

Convém precisar o sentido que atribuímos ao termo medicalização nesses dois meios de ação da psiquiatria. Primeiro: medicalização, utilização do fármaco como meio de ação *a priori*; o phármakon apresenta-se, agora, assepsiado de sua ambiguidade: extraído o efeito veneno, ele fica reconduzido ao ideal de uma ação exclusivamente benigna. Benignidade obtida, como se diz, sem entrar em muitos detalhes, graças à supressão praticamente total dos efeitos colaterais, nos medicamentos de última geração. O segundo sentido do termo medicalização é proveniente do Discurso Médico, que deve ser lido como um Modo de Produção no qual o psiquiatra se faz agente de mandatos sociais – inclusive os mais arraigados, já conhecidos e criticados (Fleming, 1976) – e também de uma *performance* que não deixa de ter características de rapina do saber do outro (*sujeito do sofrimento*), a serviço de um saber-poder, que se expressa na utilização da postura de "su-

prido/supridor do saber e do poder para curar"; portanto reservando para si todo o saber da doença e o todo o poder para curá-la.

Situado no Discurso Médico, o "psiquiatra-DSM" atinge vários objetivos em um só lance. Realiza os diagnósticos e os distribui junto com os psicofármacos, transformados agora em sua sombra. Tal desenvoltura do Discurso Médico se origina no fato dele condensar em si dois laços sociais distintos, dois Modos de Produção deferentes: o Discurso do Mestre e o Discurso da Universidade. No primeiro se operam os diagnósticos e no segundo, as distribuições.[2] Dessa forma, o Discurso Médico opera a realização da mais-valia produzida na gigantesca indústria químico-farmacêutica, tornando-se, desse modo, um agente dessa forma de ciência que não disfarça sua função de braço armado do Modo Capitalista de Produção, que neste momento histórico é regido pela lógica do consumo. Opera ainda a reprodução da lógica mais cara às relações do Modo Capitalista de Produção: existem os que sabem, podem e fazem, e os que não sabem e não podem fazer. Ou em outra variante mais sofisticada: ao operar na subjetividade através de meios reificadores – um artefato químico e uma relação intersubjetiva verticalizada – para a reposição dos indivíduos na normalidade vigente, acaba por reproduzir sua alienação; aquela mesma que já estava presente nos sintomas de que os indivíduos vieram se queixar. Essa é talvez a forma mais sofisticada da extração da mais-valia pela assepsia da dimensão desejante e da crítica presente nos sintomas e impasses de sofrimento psíquico.

Deixamos ao leitor a oportunidade da resposta à seguinte pergunta: essa dupla medicalização poderia servir à ética da Atenção Psicossocial, definida como reposicionamento do indivíduo e do sujeito nos conflitos, contradições e nos efeitos sintomáticos em que é atravessador atravessado?

Essa operação de análise pelo negativo talvez nos ajude a desenhar os contornos que são exigidos da psiquiatria psicossocial. De imediato cabe lembrar alguns princípios da ética do Modo Psicossocial: desospitalizar e desmedicalizar, ou seja, superação radical, nas práticas da Atenção Psicossocial, das novas formas em que se encastelou a lógica do Manicômio. O "Manicômio químico" é a forma mais sofisticada dessa lógica: exclusão

2 Ver o ensaio 5 "Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante", neste livro.

sem reclusão, com inclusão (na comunidade e na família, como se costuma dizer, elidindo que é na "comunidade de consumidores"). Por isso, quando mimetizada nas instituições da Atenção Psicossocial essa psiquiatria costuma se acomodar muito bem à "ética da inclusão" (Kyrillos Neto, 2009).

Como definir então o psiquiatra exigido pela lógica paradigmática da Atenção Psicossocial? Procuramos conceituar a Atenção Psicossocial como lógica capaz de transcender os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) como dispositivos isolados (mesmo considerados como organizadores da Atenção no Território, como propõe o Ministério da Saúde a partir de 2003) e que procura situá-los radicalmente nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Temos proposto o conceito de Estratégia Atenção Psicossocial (Eaps) para organizar a Atenção Psicossocial nos princípios da territorialidade, da integralidade, da participação popular no planejamento, gestão e controle dos dispositivos e ações em saúde. A Eaps deverá também pautar-se pela nova definição de Saúde criada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986: saúde como variável-efeito dos processos de produção social da vida cotidiana num território; muito longe, portanto, da saúde considerada como efeito direto das ações de Atenção, por menos alienadas que estas cheguem a ser. Estamos na presença de dois processos de produção bastante distintos, embora relacionados: produção saúde-adoecimento e produção de Atenção.

Essas proposições visando dar contornos mais nítidos ao psiquiatra psicossocial devem ser somadas aos princípios do Modo Psicossocial (Costa-Rosa, 2000; Costa-Rosa et al., 2003), aos avanços jurídicos e culturais da Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995) e à lógica da Estratégia Atenção Psicossocial (Yasui; Costa-Rosa, 2008). A psiquiatria psicossocial deve pautar-se ainda pela ética que interessa aos sujeitos do sofrimento, aos trabalhadores da instituição e à população em geral; num desvio radical da lógica reprodutora do instituído que rege o MCP, seus valores e ideais. Que ética é essa?

Ética do sujeito como protagonista da produção das respostas de sentido capazes de fazerem frente aos sintomas, de modo a produzirem seu reposicionamento "entre" sentido, e em relação aos ideais socioculturais na vertente do desejo e do carecimento. Como chegar a isso sem operar uma revolução discursiva que desaloje o psiquiatra do Discurso Médico e o desloque para outro Modo de Produção?

Contando com a análise dos discursos como modos de produção realizada em outros ensaios desta coletânea,[3] proponho a hipótese de que o psiquiatra psicossocial só poderá ser "não-assim-tão-médico". Pois deverá deslocar sua ação dos Discursos do Mestre e da Universidade para o laço social Discurso da Histeria, tendo no horizonte as possibilidades de produção dadas pelo Discurso do Psicanalista. De imediato é preciso dizer que não se trata nem de desalojá-lo da aplicação da psiquiatria e muito menos de propor que ele se desloque para a posição de psicanalista.

Depois de retomar a análise do Discurso Médico funcionando na *performance* diagnóstica e nosográfica (Discurso do Mestre) e de "prestação de serviços" (Discurso da Universidade), conforme a análise de Clavreul (1983), observemos os matemas do Discurso da Histeria e do discurso da psicanálise, a partir da nuança que nos interessa: como Modos de Produção de saudessubjetividade.
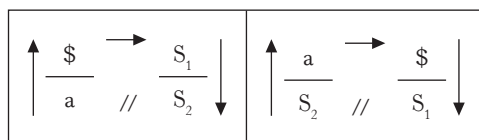
Figura 7 – Escritura dos laços sociais elaborados por Jacques Lacan: Discurso da Histeria ou do Sujeito (DH) e Discurso do Analista (DA), respectivamente.

Quando o sujeito dividido interpela o outro com seu sofrimento, esse deverá estar numa disposição transferencial capaz de suspender a mestria que foi diretamente solicitada, evitando cair no Discurso da Universidade, como ocorre na distribuição "medicalizadora". Ao suspender sua mestria ele justamente porá em ação a "mestria" do S1 que, como sabemos, é definido pela psicanálise do campo lacaniano como enxame de sentido. Ao suspender sua resposta (que também não significa em hipótese alguma responder) o que ele faz é dar tempo à elaboração significante por parte do

3 Ver explicação mais detalhada sobre os matemas dos Discursos como Modos de Produção, nos ensaios 5 "Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante", 7 "O grupo psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial" e 8 "Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise", neste livro.

indivíduo, cujas consequências são a consolidação do laço social Discurso da Histeria, traduzida na sua própria possibilidade de interrogar o sintoma. Essa interrogação como atitude decidida é o que a teoria define como implicação subjetiva.

A produção, nesse caso, como se pode ver no matema, é a de S2 representando o saber de estatuto simbólico e inconsciente (sob a barra de recalcamento, à direita, embaixo); saber que deve tocar de algum modo a angústia real do sintoma (figurado pelo *objeto a* sob a barra, à esquerda, embaixo). Essa postura é absolutamente compatível com a utilização dos psicofármacos como coadjuvantes dos processos de subjetivação que estão em ação no sofrimento psíquico. Não é o caso de propor a ignorância da dimensão orgânica eventualmente presente, mas a tentativa de situá-la em seu lugar. Essa "posição de trabalho" (S1 encima e à direita no quadrípode), fazendo operar uma dimensão do significante mestre, está em sintonia com a atitude transdisciplinar, conforme definida em outro lugar,[4] tanto nas ações específicas quanto nas compartilhadas nos coletivos de trabalho.

A proposição de dirigir-se ao Discurso do Analista, como horizonte, pode ser facilmente compreendida se notarmos que nesse laço social há a indicação de posicionamento do sujeito ($) no lugar do trabalho (encima, à direita), o que está em sintonia com a ética da implicação subjetiva cara à Atenção Psicossocial: trata-se de perceber a congruência entre pôr em ação a função do S1 como enxame de sentido no DH (no lugar do trabalho, encima e à direita), e colocar em movimento a função sujeito do inconsciente ($) no lugar do trabalho no DA, cujo efeito produtivo é o S1 (à direita, embaixo) – saber inconsciente capaz de permitir refazer o sentido do sintoma e capaz de dar sentido a aspectos importantes do real expresso em gozo angustioso.

Colocar o Discurso do Analista no horizonte da práxis significa, em qualquer situação de produção de Atenção, trabalhar na consolidação do reconhecimento da posição de atravessador atravessado, do indivíduo que nos procura, e de construção da posição transferencial que lhe permite reconhecer-se único produtor possível do sentido que demanda psiquicamente. Aqui pode valer a mesma hipótese que nos autorizou, quando na questão

4 Ver o ensaio 4 "Interprofissionalidade, disciplinas, transdisciplinaridade: modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial", neste livro.

interprofissional, propusemos análise *in vitro* confrontando as possibilidades dos diagramas de Euler com a complexidade das situações concretas: um exercício logicamente preliminar na cena dos coletivos de trabalho da Atenção Psicossocial afinando a percepção e definição de homologias, sintonias, diferenças e especificidades. Os discursos de Lacan como laços sociais de produção podem ajudar a todos, não só ao psiquiatra psicossocial, a avançar na compreensão ética nas práticas amplas e na configuração da Clínica Crítica dos processos de subjetivação comum a todos. Consideremos essa uma das cenas importantes da "formação em ação", que todos concordam ser a saída para a criação dos "trabalhadores do novo tipo" exigidos pela práxis da Atenção Psicossocial. Quanto ao psiquiatra psicossocial, em particular, esse exercício pode ajudar a ver e compreender que, além das mudanças por acréscimo, a grande revolução (revolução de discurso) consistirá menos no que fazer do que no modo de fazer. Creio que essas indicações telegráficas são suficientes para percebermos as vantagens de uma reflexão capaz de juntar a análise dos discursos, como modos singulares de produção, às indicações feitas no ensaio sobre a divisão do trabalho na Atenção Psicossocial. Não parece difícil percebermos suas homologias com a posição transdisciplinar tal como ali é compreendida e definida.

Psiquiatria psicossocial: um médico além do médico?

Além do organismo

Sem esquecer o organismo-corpo – dado que quem diz "além do organismo" diz "com o organismo"; vale o adágio lacaniano: superá-lo contanto que se saiba servir-se dele – ir além dele equivale a reconhecer a especificidade psíquica e a dimensão social de uma ampla série de impasses que interpelam atualmente as instituições de Saúde.

O ato de produção de ações de Atenção se dá fundamentalmente em relação. Ou seja, temos sempre um encontro entre um sujeito que demanda Atenção e outro que é chamado a interceder. Esse encontro sempre faz emergir aspectos subjetivos próprios da condição humana, que devem ser levados em conta. É preciso reconhecer também que, por se tratar de uma

relação de trabalho, está suposto seu manejo qualificado por um dos parceiros da relação.

Embora a subjetividade seja um componente facilmente perceptível da práxis no campo da Atenção à saúde, o Ministério da Saúde tem reconhecido uma grande dificuldade da sua inclusão nas práticas médicas em geral: "Um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe" (Passos; Barros, 2006, p.15). A essa constatação o Ministério da Saúde contrapõe a Política Nacional de Humanização, que procura pôr em foco esse aspecto do processo de produção da Atenção em Saúde, sob a perspectiva da valorização dos diferentes sujeitos (sujeitos do sofrimento, sujeitos trabalhadores e gestores) implicados. Sustentam-se diretrizes de fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos, em sintonia com a legislação vigente para o setor; chegando-se a explicitar a importância do aumento do grau de corresponsabilidade na produção da Atenção, apoiando-se em posturas de análise teórica e ética que podem ser consideradas vanguarda das discussões da prática médica, incluindo a análise da "relação terapêutica" (Ayres, 1992; Cunha, 2005). Assim, a exigência da inclusão da dimensão subjetiva da existência transcende a subárea da Saúde Mental ou da prática da psiquiatria, embora assuma especificidade no campo estrito da prática médica. Certamente é uma exigência das diretrizes do SUS enquanto dispositivo maior das transformações em ação no campo da Saúde Coletiva.

Centramos neste ensaio a discussão em torno da Atenção ao sofrimento psíquico e demais impasses subjetivos. Interessa-nos destacar, principalmente, a necessidade da superação, pelo psiquiatra psicossocial, das antinomias produzidas na prática dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e demais dispositivos institucionais, quando se tenta conjugar a prática da psiquiatria-DSM com a ética da Atenção Psicossocial. As primeiras indicações importantes de um "além do corpo", para o psiquiatra psicossocial (e sempre também para os demais do coletivo de trabalho) vieram das "revoluções psiquiátricas": Psicoterapia Institucional, Antipsiquiatria, Psiquiatria Democrática, que obrigaram os primeiros acréscimos psicossociais (Fleming, 1976); e das contribuições acessadas na psicanálise de Freud (Quinet, 2001).

Além dos princípios doença-cura e sujeito-objeto

Novos saberes acrescentados, ou em intercessão, deverão permitir às práticas psiquiátricas superarem esses dois grandes obstáculos que impedem sua entrada em sintonia com a técnica e a ética da Estratégia Atenção Psicossocial. A superação desses obstáculos deve incluir o exercício de passear em novas trilhas como: tomar como panos de fundo o materialismo histórico e a psicanálise, e alguns princípios da filosofia da diferença, todos com suas críticas à ciência das disciplinas; considerar os ventos já há muito tempo soprados pela Psiquiatria Democrática, com suas críticas, principalmente ao princípio doença-cura e sua demonstração dos efeitos do "institucionalismo" em diferentes instâncias do paradigma da psiquiatria, e inclusive na subjetividade (Rotelli et al., 1990); usufruir dos benefícios éticos e técnicos da análise dos discursos como laços sociais de produção desenvolvidos por Jacques Lacan e sua aplicação realizada por Clavreul (1983) às práticas da psiquiatria consideradas sob a perspectiva do Discurso Médico; entre outros aspectos.

A superação do princípio sujeito-objeto, tão caro à psiquiatria como ciência, torna-se uma exigência da diretriz anterior "com o corpo e além do corpo", que permite o sujeito entrar na especificidade do campo humano em que não há objetos de tipo algum; portanto, muito menos há objetos de conhecimento, de tutela ou de cuidado. Todo o humano é sujeito e todo o sujeito é, antes de tudo, produtor de saber e de conhecimento. No campo humano todo o conhecimento é autoconhecimento (Santos, 2000). Não há saber capaz de operar sobre os impasses do sujeito que não seja saber criado pelo próprio sujeito (ensinamento maior presente em praticamente todas as psicanálises). A consideração dessas teses tem uma série de consequências, das quais vale destacar a exigência radical de renúncia a todo saber exclusivo e *sobre* o outro, sob pena de se reduzir a clínica ao exercício de um poder. A superação do princípio doença-cura deve levar à noção de processos de subjetivação em diferentes modos, com seus respectivos impasses. A condução do uso dos psicofármacos ao seu lugar pertinente na Atenção Psicossocial exige, ainda, considerar a redefinição da Atenção dentro dos processos de produção saúde-adoecimento-Atenção como referentes complexos da práxis dos coletivos interprofissionais. Significa colocar-se na perspectiva do

parâmetro um do Paradigma Psicossocial (PPS), dialeticamente oposto ao PPHM.[5]

Na psiquiatria psicossocial, a superação do princípio doença-cura é correlata da superação do princípio sujeito-objeto. Conforme Rotelli et al. (1990), Basaglia (1985), após recolocar o sujeito no lugar que era ocupado pela doença como objeto da psiquiatria científica, redefiniu o referente da Atenção como "uma existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social". Essa ideia de "existência-sofrimento" torna necessária a renúncia à ideia de uma solução tendencialmente ótima para o efeito final das práticas de Atenção no novo paradigma. Ou seja, não há aí nenhuma perfeita normalidade a ser recuperada com a remoção da doença; tão pouco qualquer retorno ao momento anterior à crise. É preciso reconhecer que se trata de impasses de sofrimento relacionados com os processos de subjetivação que ocorrem em um campo complexo, composto de múltiplas determinações. Os processos sociais da produção da vida cotidiana se conjugam aos processos propriamente subjetivos, necessariamente presentes nesses processos de produção, dos quais não estão excluídos os efeitos sobre o corpo. Deve-se considerar que essa conjunção é determinante tanto para a produção dos impasses e dos sofrimentos, em termos de seu desencadeamento, quanto para os modos como podem ser construídas, pelos indivíduos, as respostas para esses impasses. Tomar os impasses da subjetividade e o sofrimento psíquico como epifenômenos dos complexos processos de subjetivação no contexto sociocultural que os sujeitos do sofrimento e os trabalhadores da Saúde Mental habitam, pode ser um princípio poderoso para superar a lógica doença-cura. Só assim se pode ser capaz de conceber formas de interceder que sejam continentes para os diferentes momentos da existência-sofrimento; sem protagonismo ou humanismos que eliminem a potência do outro e sem conformismo, que é uma forma de legitimar as situações dadas.

Além da "medicalização"

É necessária a crítica radical ao percurso histórico da psiquiatria como ciência e técnica que implicou seu isolamento como disciplina, aparente-

5 Ver o ensaio 2 "A instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade", neste livro.

mente assentado na pretensão de autossuficiência diante dos impasses subjetivos já clássicos – apesar das lições da histeria que, aliás, parecem foracluídas, tal como ela própria enquanto conceito – e muito mais ainda diante dos "novos sintomas", surgidos no contexto da chamada hipermodernidade. Nessa crítica o psiquiatra da Atenção Psicossocial não estará só (Quinet, 2001; Laurent, 1995; Roudinesco, 2000; Melman, 2003). Quem sabe, a partir desse rescaldo, ele possa encontrar, ainda, algo valioso nessa terra arrasada em que transformou a psiquiatria-DSM. O fato é que a ética da Atenção Psicossocial exige renunciar à utilização do fármaco como resposta *a priori* para todo e qualquer tipo de queixa. Para isso é necessário ampliar suas "bases de conhecimento" – é claro que também se exige a crítica à formação centrada na visão estritamente médica, neurofisiológica – ampliação que em outros tempos, diga-se de passagem, a psiquiatria já cultivou e que alguns psiquiatras felizmente continuam cultivando. Mas é preciso que se compreenda que não há aí nenhuma proposição de renúncia à formação médica em alguns de seus importantes aspectos, pelo contrário, e muito menos, uma renúncia à utilização dos medicamentos.

A transcendência da medicalização exige compreender e operar a posição relativa do fármaco – a ponto de talvez concluir que ela tem uma função secundária, na maioria dos casos; tanto porque será utilizado como retaguarda, quanto porque não será utilizado em muitos casos. Também poderá haver algumas poucas situações em que a medicação será protagonista; em outras, como nas situações de sideração do sujeito, ela pode ser utilizada a serviço de "fazer falar" (Prota, 2010).

O mais difícil é a superação da relação médico-paciente. A clínica na Atenção Psicossocial fundamenta-se no vínculo como operador fundamental, e na ideia de que o sujeito é quem possui os meios mais potentes para as saídas possíveis de seus impasses. Sendo assim, superar relações verticais do tipo supridores-carentes, doentes-sãos, sapientes-ignorantes, agentes--pacientes torna-se exigência radical da ética e da técnica. Também aqui não estamos diante de algo absolutamente inusitado. Isso já tem estado presente nas críticas, quase seculares, à psiquiatria e em certas modalidades de sua ação: como a psiquiatria social, a organodinâmica, as psiquiatrias revolucionárias a que nos referimos anteriormente, e a psiquiatria que durante muito tempo se beneficiou das contribuições da psicanálise. É preciso compreender que não se trata de nenhum surto de saudosismo que pretenda

ver na psiquiatria psicossocial "uma psiquiatria que já foi". A psiquiatria psicossocial deverá pautar-se, talvez, por essas heranças, hoje renegadas, para pôr-se à altura das exigências da ética psicossocial. Exigências que, como se sabe, já não se dirigem apenas a ela.

O psiquiatra no coletivo interprofissional: além do alargamento das fronteiras disciplinares

Neste ponto – um dos mais difíceis de compreender e realizar na práxis da Atenção Psicossocial – pode ser útil partir da situação cotidiana mais comum das equipes. O que vemos com frequência é a reincidência da "psiquiatria-DSM" que põe o psiquiatra no centro da ação e os demais profissionais girando em torno. Há tentativas de mudança dessa situação, que permanecem bastante tímidas, pois costumam ocorrer mais comumente em discussões em que o psiquiatra está ausente. Primeiro, porque a posição do psiquiatra no Caps está estruturada de modo a desfavorecer seu comparecimento às reuniões de equipe. Essas ainda são o espaço mais importante de atualização da visão e ação interdisciplinar. Em segundo lugar, porque, apesar de inserido na Atenção Psicossocial, o psiquiatra na maioria das vezes continua compartilhando a lógica e a ética da "psiquiatria-DSM". Esses dois fatores somados acabam reafirmando, para ele, as reuniões de trabalho da equipe como espaço diletante e de "perda de tempo" diante de sua agenda "lotada" e da sua missão essencial, geralmente assumida no discurso, de "curar e cuidar de toda aquela gente sempre tramando contra a própria vida".

Também não é incomum que os outros profissionais que compõem as equipes se encontrem na posição frágil de coadjuvantes dessa posição do psiquiatra, impedidos de avançar em direção à construção de uma identidade própria diferente daquela que os definiu como especialismos disciplinares, ou seja, os psicólogos fazem diagnósticos e as psicoterapias; os assistentes sociais prestam assessorias aos mais carentes etc. Desse modo, ausente ou presente às reuniões o psiquiatra e sua ação medicalizadora ficam sempre no centro das discussões da equipe. Essa forma de atuação em equipe acaba reproduzindo um modo da divisão do trabalho homóloga à divisão taylorista (Costa-Rosa, 1987), na qual o psiquiatra acaba sendo uma espécie de gerente, às vezes inadvertido, dos processos de produção da Atenção. Nesse contexto é o diagnóstico psiquiátrico realizado através do CID-10,

baseado no DSM-IV, que acaba orientando as ações de cada um dos profissionais da equipe e, de certo modo, também seu encadeamento. Não é preciso dizer que a visualização do resultado final do trabalho da equipe acaba se confinando ao prognóstico que fica implícito no diagnóstico psiquiátrico e em seu prognóstico. Outro fator que dificulta mudanças parece derivar da apreensão que as equipes têm dessa situação, baseada na percepção puramente empírica das relações imediatas. Isso faz com que a discussão não ultrapasse os aspectos interpessoais ou o modo como determinado profissional exerce sua atuação. Os aspectos propriamente disciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares continuam, em muitos casos, fora de alcance. O ponto importante a sublinhar é que toda essa inércia da equipe interdisciplinar em torno de uma divisão do trabalho centrada na justaposição taylorista dos especialismos tem favorecido seu autocentramento na "psiquiatria-DSM".

Muitos coletivos de trabalho se perdem às voltas com questões corporativistas que permanecem sob o véu da disciplina vista apenas como especialidade restrita a nichos determinados de ação – pedaços do problema a ser resolvido. Longe de compreenderem que as disciplinas são um resultado histórico da divisão técnica do trabalho na sociedade da produção de mercadorias (Braverman, 1977), perdem-se em discussões que tentam preservar uma suposta identidade disciplinar original. Nisso o psiquiatra, favorecido pela dominância social da "psiquiatria do DSM", é visto como aquele que tem um campo garantido, cabendo aos demais definir e caracterizar, do mesmo modo, a parcela que lhes cabe nesse objeto nem sempre consensualmente definido. Tudo isso nos serve para indicar que há aspectos da ação do psiquiatra psicossocial, cujo desenvolvimento ele não pode realizar sozinho, visto que na Atenção ao sofrimento psíquico ele já não está só.

Outra dificuldade importante do psiquiatra na equipe pode ser situada também nas análises mais comuns da interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (Japiassu, 1976; Almeida Filho, 1987; Vilela; Mendes, 2003; Furtado, 2008). Essas análises, sobretudo as que pretendem chegar a formulações sobre a transdisciplinaridade, têm muita dificuldade de superar o sentido do "inter", que se mantém como relação entre especialismos, esses ainda sendo tomados por especialidades disciplinares. A mesma dificuldade se apresenta quando se trata de superar o sentido do "trans", que nessas análises se mantém como transposição de fronteiras dos campos disciplina-

res. Ainda estamos longe de ver as discussões e análises ousarem falar em superação da divisão do trabalho fragmentado da divisão taylorista das disciplinas (Costa-Rosa, 1987; Passos; Barros, 2000). Muito menos ouvimos qualquer balbucio que seja capaz de conceber o "trans" como transposição paradigmática das disciplinas, cujo eixo paradigmático principal é o princípio sujeito-objeto tão caro às ciências que insistem em tomar o homem como objeto de conhecimento e transformação (trata-se, ainda do velho lema positivista: "conhecer para transformar").

Firmamos a hipótese resoluta de que somente a superação do paradigma disciplinar pode permitir ao psiquiatra psicossocial, e aos demais que com ele compartilham a práxis da Atenção Psicossocial, dar o passo radical na direção da ética que define a Estratégia Atenção Psicossocial: dar ao, até então, suposto "objeto" o lugar de protagonista principal da produção considerada em termos amplos; facilitar-lhe a ocupação do lugar de sujeito que lhe pertence de fato e de direito. A ética psicossocial, derivada das heranças do materialismo histórico e da psicanálise freudiana, parte do princípio de que não há saída possível dos impasses sintomáticos e do sofrimento psíquico, de que os indivíduos vêm se queixar, que não passe necessariamente pela autoprodução do saber e da ação. Nesse caso fica reservado ao antigo sujeito, o trabalhador da Saúde Mental, o lugar de um sujeito intercessor, ou seja, um sujeito coadjuvante nos processos de produção da saudessubjetividade que se trata de produzir. Convém esclarecer que não se trata de coprodução nem da intersecção trabalhador-sujeito do sofrimento, presentes na discussão corrente dessas questões (Merhy et al., 2002); o termo intercessão é o único capaz de dar conta das relações sociais de produção da Atenção, na perspectiva do Modo Psicossocial. Eis o que nos parece mais precioso na atitude transdisciplinar de que deverá participar o psiquiatra psicossocial, bem como o psicólogo psicossocial, e todos os demais "psicossociais" que ocuparem esse campo da produção. Também é preciso explicitar que não está dito que todos farão "a mesma coisa". Cada um deverá encontrar alguma especificidade dentro dos coletivos de trabalho transdisciplinar, além dos pontos singulares comuns a todos, certamente a maior parcela.[6] Por outro lado, ninguém está livre de se confrontar com os limites

6 Ver o ensaio 4 "Interprofissionalidade, disciplinas, transdisciplinaridade: modos da divisão do trabalho nas práticas da Atenção Psicossocial", neste livro.

da disciplina a qual corresponde a profissão em que foi formado. Afinal, essas transformações supõem radicais transformações na formação dos novos profissionais para a Estratégia Psicossocial, cuja formulação e crítica felizmente já se começou (Paim; Almeida Filho, 2000).

O psiquiatra e o corpo tridimensional

Já podemos vislumbrar com maior clareza alguns contornos do psiquiatra psicossocial. Certamente ele é um médico, mas que já não pauta sua práxis pelo Discurso Médico – a ética da Atenção Psicossocial exige o paciente no lugar do agente principal, ele é o trabalhador principal para a "cura". Essa cura aponta na direção do *Sorge* heideggeriano, que deve ser traduzido, longe do cuidado cristianizado, especificamente como "cuidar--se" (Lacan, 1988).

O psiquiatra psicossocial não deixará, portanto, de ter como referência o corpo, mas não o corpo cartesiano (separado da mente). O corpo freudiano lhe servirá muito melhor, já que há nele um sublinhado além do organismo e um além do corpo.

Poderemos dizer, então, além do corpo por tratar-se do corpo subjetivado, do corpo inscrito na ordem simbólica, portanto, um corpo-sentido. Esse corpo-sentido exigirá do psiquiatra psicossocial conhecimentos adicionais importantes, além daqueles especificamente médicos. Tal corpo--sentido foge às referências das neurociências, e mesmo da neuropsicologia, que fundamentam a lógica da "psiquiatria do DSM"; exige a sustentação de outra causalidade e de outros sentidos para as relações de mútua implicação. Portanto afirmamos mais uma hipótese de trabalho: a psiquiatria psicossocial tem corpo!

Em 1972, no seminário "Mais, ainda", Lacan fundamenta a necessidade de se pensar uma terceira forma da substância, a substância gozante, a ser acrescentada às outras duas já definidas por Descartes: a substância extensa e a substância pensante (Lacan, 1982). Isso significa que o corpo elaborado na experiência de Freud vai além da substância cartesiana, na qual as partes são exteriores umas às outras, o que formaria um espaço homogêneo. O corpo vai além disso, por causa do gozo que o afeta, e cuja causa é o significante. "O gozo não é *partes extrapartes*", a não ser talvez

o gozo fálico, gozo que se pode dizer cartesiano, uma vez que é contável, enumerável, tal como pode ser visto no marquês de Sade que entalha nas paredes da cela suas façanhas, a fim de ter a conta exata do gozo que obteve (Miller, 2005, p.150).

Em Lacan, o gozo feminino, "envolvido em sua própria contiguidade", aparece como objeção ao gozo fálico. Mesmo em Freud o erógeno não é homogêneo, na medida em que está relacionado a zonas diferenciadas do corpo. Sade também permitirá compreender outra característica do gozo acrescentada por Lacan: o corpo "se goza", mas a partir do Outro.[7] Precisamos tanto do Outro "a ponto de detê-lo com correntes, muralhas" (Miller, 2005, p.151). Estamos numa perspectiva além do autoerotismo, embora o corpo possa ser eventualmente sentido como Outro do sujeito. O Outro "no qual portamos inscrições, fazendo-se cicatrizes, inscrevem-se marcas" (ibidem, p.152).

A experiência psicanalítica de Lacan lhe indica que o gozo é modalizado. A oposição entre o modo de gozo do Outro e o nosso nos permite pensar um modo do gozo contemporâneo. Em Lacan encontramos duas expressões sobre o gozo que nos interessa analisar nesta discussão sobre os "meios" do psiquiatra psicossocial: "O extravio de nosso gozo", que pode remeter ao modo de gozo da hipermodernidade, caracterizado pelo *objeto a* como "mais-gozar"/Mehr-Lust, expressão inspirada em Mehr-Wert/mais-valia, que serviu a Marx para dar o estatuto do Modo de Produção capitalista. Notemos que em Marx também existe a expressão "modo". O extravio de nosso gozo indicaria que, mais ainda do que qualquer outro, nosso gozo estaria extraviado, podemos dizer, também, expropriado; já que sabemos que a sociedade de consumo impõe gozar com a voz do supereu arcaico, o que implica em extração de gozo sem limite – demonstração trágica que é realizada pelas toxicomanias – e dissipação de gozo, como no sintoma.

A outra expressão é: "No extravio de nosso gozo, só o Outro o situa". Aí parece indicado que só o Outro como Lei simbólica é capaz de situar o lugar do nosso modo de gozo em relação aos demais. Segundo Miller (2005), indicaria também a grande dificuldade de situar nosso modo de gozo (gozo na

7 O Outro grafado com inicial maiúscula tem, em Lacan, múltiplos sentidos conforme o contexto teórico e de subjetivação. Aqui convém tomá-lo como campo do simbólico, conjunto dos significantes, Lei simbólica.

hipermodernidade) a partir do Outro, isto é, a partir do campo do simbólico, restando para isso apenas o pequeno outro, *objeto a*. Sugestão clara de que estamos numa sociedade do gozo, sociedade do objeto, que é a mesma do consumo exacerbado como forma de extração de mais-valia a que já nos referimos em outro lugar.[8] É uma sociedade que carece do Outro simbólico como regulador do gozo – tanto da extração de gozo, quanto dos modos de gozar.

Numa sociedade em que o objeto se arvora à posição de medida do gozo tudo se objetifica, o corpo, o outro, o gozo; mas não sem o simultâneo triunfo da religião, renovada, e a proliferação dos misticismos, e de diferentes formas de carisma. Essa análise dos processos de produção e extração do gozo está em sintonia com as análises da "cultura do narcisismo", da "sociedade do espetáculo", e da "sociedade do biopoder", cujo conhecimento é praticamente de domínio público. Todas essas análises têm se empenhado na designação dos aspectos socioculturais, sociossimbólicos e dos processos de subjetivação em jogo.

Aqui está uma temática que deve interessar a todos da equipe interprofissional, e mais particularmente ao psiquiatra psicossocial. Alerta contra a tentação de fazer do medicamento, como mais um objeto de consumo, o tampão do mais-gozar que escoa do sintoma. Daí virão outros meios para desarmar as quimeras do sujeito como organismo neurosensorial, hipótese da psiquiatria-DSM totalmente fundada na consistência cartesiana do corpo, ignorante absoluta da substância gozante e sua dinâmica no encontro com o psicofármaco – derrogação completa da suposição de um corpo *partes extrapartes*. Dessa substância sob a figura da libido ou catexia, Freud foi o primeiro a supor a dinâmica e os efeitos na forma de reação em cadeia, ou seja, é impossível interferir num estímulo com outro sem gerar uma estimulação suplementar que se perpetua como marca mnêmica da experiência de gozo, que pode ser acessada a qualquer momento. As toxicomanias produzidas pelo uso dos psicofármacos são uma demonstração ineludível de que os efeitos dos chamados "inibidores seletivos da recaptação de serotonina" não são isoláveis das outras partes do corpo. O mesmo ocorre com as hipóteses da psiquiatria científica sobre os benzodiazepínicos, dos quais as pes-

8 Ver o ensaio 5 "Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante", neste livro.

quisas mais avançadas indicariam a presença de correspondentes absolutamente idênticos produzidos pelo organismo. Aqui a ambição é ainda maior: agir sem interferência alguma, apenas restabelecer o equilíbrio natural do corpo cujas partes são absolutamente separadas entre si. A hipótese de uma substância gozante, que obriga a repensar a noção cartesiana de corpo, deve interessar ao psiquiatra psicossocial. Se essa hipótese é necessária mesmo para reverter as toxicomanias criadas pela psiquiatria-DSM a partir do uso de psicofármacos, que dizer, então, da função que ela pode ter na crítica necessária aos modos dominantes de Atenção dessa psiquiatria, aos impasses que têm as compulsões por drogas como centro?

Em termos mais amplos, o reconhecimento de uma dimensão do corpo além das substâncias cartesianas será de fundamental importância para desarmar as maquinações típicas do laço social Discurso do Capitalista e trabalhar na perspectiva de uma Clínica Crítica capaz de fazer o gozo remontar ao horizonte do sintoma, ou seja, ao horizonte do Outro como Lei simbólica, correlatos do desejo e do carecimento (Laurent, 2007). A Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Atenção Psicossocial não dispensa de modo algum o saber sobre o gozo introduzido na psicanálise por Jacques Lacan. Introduzir o Outro onde os sujeitos do sofrimento buscam o outro como distribuidor do produto, e outras formas de suprimento, é colocar-se na contramão do Discurso Médico como laço social, e sustentar a posição de suspensão do "saber que se sabe" no lugar do outro que trabalha (suspender o uso dos significantes nosográficos tautológicos colhidos no DSM); é sustentar, portanto, o laço social Discurso da Histeria e do Analista, conforme indicado anteriormente. Nem de longe pretendemos sugerir que essa seja uma operação pouco complexa. Já é quase um bordão em nossas análises das vicissitudes da implementação e dos avanços da Estratégia Psicossocial na Saúde Coletiva: viajar na contramão do movimento da locomotiva de uma sociedade do "mais-gozar" generalizado, somente através da ocupação estratégica das brechas abertas em seus flancos. A generalização do modo de gozo da hipermodernidade não pode nos confundir quanto à diversidade dos modos de gozo e sua legitimidade ética; tanto considerados historicamente quanto em sua própria extensão contemporânea, apesar desse empuxo à generalização. A própria globalização é a tentativa de universalização de um modo de gozo único. Essa tentativa por si só já implica na exclusão de outros modos de gozo, como contrapartida necessária.

Conclusão: um desafio

Nosso objetivo foi muito mais apresentar um conjunto de questões que possam ajudar as equipes interprofissionais da Atenção Psicossocial a avançar no cotidiano. Apresentamos aqui algumas de nossas hipóteses tomando como vértice a psiquiatria, formuladas a partir de nossa inserção nessas equipes, tanto como trabalhadores no cotidiano da Atenção quanto como participantes de ações de Análise Institucional e assessoria clínico-programática e com base em alguns estudos já disponíveis. Esperamos que essa contribuição desafie outros a apresentarem suas reflexões, proposições, e suas análises críticas.

Eis uma pequena síntese de nossas questões. Superar dialeticamente o corpo como referência exclusiva; superar dialeticamente os princípios doença-cura e sujeito-objeto, exercitando modalidades de vínculo, que não são as do Discurso Médico ou da Clínica Médica, como modo de operar outra clínica na relação com os sujeitos e suas queixas (Costa-Rosa et al., 2003); superar o uso dos psicofármacos como solução *a priori* ou como resposta principal entre seus meios de ação; assumir radicalmente a interprofissionalidade e a transdisciplinaridade como formas de construção dos coletivos de trabalho na Atenção Psicossocial que sejam capazes de superar o paradigma dos especialismos disciplinares, em favor do protagonismo dos sujeitos do sofrimento; inteirar-se das novas ferramentas teóricas que ampliam a análise dos processos de subjetivação com foco nas relações do corpo com as transformações sociais e sociossimbólicas.

Creio que essas transformações já constituem um começo suficiente para nos autorizarem a pertinência de uma última hipótese de trabalho: dada a exigência da superação radical do Discurso Médico nos vínculos clínicos e psicoterapêuticos, o psiquiatra psicossocial ainda será um médico, porém "não tão médico".

7
O grupo psicoterapêutico na psicanálise de Lacan: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial

Meu objetivo neste ensaio[1] é apresentar uma hipótese de trabalho com o dispositivo grupo psicoterapêutico, dentro dos pressupostos teóricos e técnicos da psicanálise do campo de Freud e Lacan, partindo da seguinte questão: poderá o grupo psicoterapêutico ser um bom dispositivo de produção para os impasses de subjetivação que, expressos em sofrimento psíquico, se apresentam atualmente no campo da Saúde Coletiva?

Num primeiro exame geral das principais conceituações desse dispositivo, chama a atenção a diversidade de visões, e mesmo a presença de certos impasses das correntes e dos autores para conceituá-lo. As influências da psicanálise, presentes desde a origem das primeiras experiências, têm em comum a utilização do conceito de inconsciente, embora nem sempre definido de modo consensual, e às vezes mesmo definido de modo pouco claro como conceito. A esse propósito, o ponto de partida, conforme seja freudiano ou kleiniano, parece influenciar a produção de concepções, ora mais, ora menos reificadas e estáticas do inconsciente, que se refletem na conceituação do grupo psicoterapêutico que acabou prevalecendo.

Minha hipótese se apoia na releitura lacaniana de alguns conceitos freudianos fundamentais: o inconsciente e o sujeito, a transferência, e a interpretação; apostando nessa contribuição, Lacan nos prestará inestimáveis

1 Este ensaio constitui a primeira versão ampliada da reflexão realizada a partir da pesquisa sobre grupos psicoterapêuticos na Saúde Coletiva, com base na psicanálise de Jacques Lacan, que vem sendo realizada no Departamento de Psicologia Clínica da Unesp, campus de Assis (SP) (Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Saúde Coletiva). Um primeiro esboço já circula desde a ocasião em que foi concluída a etapa preliminar do trabalho de pesquisa teórica e prática ("O grupo psicoterapêutico no Discurso do Analista". Mimeo, Unesp, 2005).

serviços, particularmente na redefinição dos conceitos de inconsciente e de sujeito quando aplicados à psicoterapia de grupo. De Lacan também tomamos a conceituação do grupo psicoterapêutico como um dispositivo de produção; mais especificamente nos apoiamos na sua conceituação dos discursos como laços sociais – que relemos como Modos de Produção – especificamente os laços sociais denominados Discurso da Histeria e Discurso do Analista, que descreveremos a seguir. Nossa experiência com a Clínica e a pesquisa com grupos psicoterapêuticos, durante alguns anos, também servirá como pano de fundo deste ensaio.

Para sublinhar a consistência do grupo psicoterapêutico como dispositivo de produção acrescentamos a tese de Marx (1978), que enuncia que toda a produção humana é simultaneamente produção e reprodução das formas estruturadas e dos modos dessas formas de produção; formas e modos que incidem diretamente sobre seus produtores.

Também no caso dos grupos, sejam quais forem seus objetivos produtivos, sempre estará em ação, portanto, a produção do próprio grupo como dispositivo de produção e a simultânea produção/reprodução subjetiva dos seus componentes.

Ainda mais radical poderá ser a validade dessa tese, quando se tratar dos grupos de psicoterapia. Pois consideramos que na produção de saúde psíquica, ou seja, na produção de sentido para as injunções e impasses da vida cotidiana e da subjetividade, só os sujeitos do sofrimento podem ser os principais produtores, redobrando-se, desse modo, esses efeitos de subjetivação. Onde há protagonismo pode abrir-se a possibilidade de escolha; escolha dos sentidos para a subjetivação. Pode abrir-se a dimensão desejante. Aí está colocada a dimensão ética da psicoterapia de grupo que é proposta por nós a partir da psicanálise de Lacan.

O avanço em relação a certas visões objetificadas e estáticas do inconsciente, do sujeito, da transferência e da interpretação, que caracterizaram as contribuições mais comuns da psicanálise à psicoterapia dos grupos; a caracterização da especificidade do grupo como dispositivo de produção e da especificidade própria dessa produção; e a designação de quem são, no grupo, os produtores principais, poderão nos permitir tirar consequências mais eficazes e mais eficientes, da utilização do dispositivo grupal para as práticas psicoterapêuticas junto à Demanda Social[2] que, atualmente, se ex-

2 Ver nota 3, na página 39 deste livro.

pressa nos diferentes impasses psíquicos que pedem intercessão e (inter) locução nas instituições públicas dos Territórios municipais.[3]

No âmbito que é definido como campo da Saúde Mental Coletiva há uma série de implícitos e representações sociais sobre o que é sofrimento psíquico, e sobre quais são os diferentes tipos e modos de tratamento à disposição. Essas representações dependem radicalmente da capacidade que as instituições do Território têm de dar continência aos impasses apresentados pela população; tais representações dependem, sobretudo, do modo dessa continência, como Modo de Produção da Atenção. Capacidade que, por sua vez, depende dos modos como tais instituições se situam (geográfico, imaginário e simbólico), e de como elas se veem e são vistas por essa população.

É nesse contexto que nos interessa situar o grupo psicoterapêutico, apresentando-o como dispositivo de produção capaz de propiciar uma oferta de "possibilidades transferenciais", isto é, possibilidades de escuta e recepção, compatíveis com a ética da psicanálise freudiana relida por Jacques Lacan: referenciamento do sujeito em relação ao desejo; também perfeitamente compatível com a ética marxiana do carecimento.[4]

Procuramos definir o grupo psicoterapêutico como um meio capaz de interferir nas diferentes demandas de ajuda, que se expressam na forma dada dos circuitos doença-cura traduzidos em outros circuitos mais imediatos, como queixa-internação, queixa-medicalização, queixa-suprimento, entre outros; minha hipótese de trabalho é que, realizado desse modo, o grupo poderá também ajudar a superar as visões da instituição como interioridade do Território, visões que se traduzem, geralmente, em diferentes formas de expropriação das questões dos sujeitos que procuram as instituições. Essas formas de se adonar das questões dos sujeitos do sofrimento

3 Levamos em conta a definição de Território como o espaço vital: econômico, político, sociocultural e subjetivo presente no conceito de municipalização da Saúde, a partir do ideário da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986.

4 Carecimento, por oposição ao conceito de carência ou de necessidade, abarca uma dimensão do homem que inclui o desejo (como se o propõe na psicanálise) e toda a abertura para os ideais, possíveis ou não de imediato. Mas abrange também a abertura para a produção e usufruto de todos os bens da produção social, muito além do preenchimento de necessidades. Pode-se considerar que aqui estão incluídas também as criações da filosofia, da arte, da ciência e até da religião, mas não sem passar pela aspiração pertinente ao usufruto das comodidades socialmente produzidas no mais alto grau da sua evolução histórica (Marx, 1978, 1975). Ver também o ensaio 1 "Modos de Produção das instituições de Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética. Ou a subjetividade capitalística e a Outra", neste livro.

podem variar desde simplesmente maternalistas e paternalistas, até outras eventualmente mais sofisticadas teórico-tecnicamente, mas cujo resultado não difere no tamponamento das pulsações instituintes e desejantes presentes nas queixas e pedidos.

Na modalidade proposta, o dispositivo grupal nos parece próprio para dar processamento às pulsações instituintes encarnadas pelos sujeitos do sofrimento, nos sintomas e demais impasses, na medida em que sua ética visa a organização e processamento dessas pulsações pelos próprios sujeitos do grupo, durante o processo de sua constituição como "grupo de trabalho", isto, é, como um coletivo organizado em "transferência de trabalho". Nessa medida, o grupo psicoterapêutico pode ser considerado um dispositivo autopoiético. Por isso, o lugar do psicoterapeuta assume características diferenciadas daquelas dos agrupamentos mais comuns. É o próprio grupo "que desenha o vazio central que toma o lugar da exceção, do governo do conjunto" (Laurent et al., 1998, p.247). A elaboração desse vazio central de liderança, "vazio de especialista", coincide com o trabalho de construção do grupo como dispositivo analítico, eis outra hipótese de trabalho.

Esse vazio de especialista não pode ser confundido com vazio de psicoterapeuta, cujos lugar e função continuam essenciais à construção e funcionamento do grupo como coletivo de trabalho. No grupo como dispositivo de produção de "saudessubjetividade", o psicoterapeuta não terá nenhum lugar central, exceto provisoriamente no imaginário de seus participantes, até que "esse lugar central" seja devolvido ao próprio grupo como conjunto. Isso terá importantes consequências para as transferências multilaterais; para a concepção do trabalho do grupo como práxis, ou seja, como prática humana que inclui um saber imanente; para a diferenciação entre saber dos sujeitos e o saber que cabe ao psicoterapeuta; e para o deslocamento feito, nesta modalidade de grupo psicoterapêutico, do indivíduo em direção ao sujeito, sempre social. Sujeito que, entretanto, deve ser compreendido como produção de saber inconsciente, como produção de sentido inconsciente (Lacan, 1982).

Considerações preliminares: grupo, transferência, ação do psicoterapeuta

Para Costa (1989), a diversidade das propostas quanto à fundamentação teórica, quanto às técnicas de trabalho do psicoterapeuta, quanto à fina-

lidade dos grupos, destacadas por vários autores, é suficiente para justificar a tese de que os grupos psicoterapêuticos não podem ser considerados fatos naturais como pensaram, a princípio, alguns autores grupalistas (Kaës, 1997; Anzieu, 1993). Sobre essa diversidade, Costa (1989) afirma: para Lewin, o grupo permite aos seus membros compreenderem o que é um papel social numa sociedade democrática. Para Bion, tem o objetivo de curar as neuroses desencadeadas na frente de batalha. Para Gotjahn, o grupo visa desenvolver a livre comunicação entre os participantes, limitando distúrbios na interação. Para Pichon-Rivière, o grupo também se propõe, de forma explícita ou implícita, à realização de uma finalidade; sublinha o fato da situação grupal por em evidência uma série de mecanismos psíquicos, que em outras circunstâncias dificultariam ou mesmo fariam fracassar sua tarefa. Uma das principais ações do terapeuta é a remoção de tais entraves, via interpretação. Para Zimerman, apoiado nos três supostos básicos de Bion (dependência, luta-fuga e acasalamento), o grupo psicoterapêutico permite elevar à categoria de palavra as fantasias inconscientes entre o grupo como totalidade e o terapeuta – a fantasia inconsciente do grupo seria uma resultante das contribuições individuais relacionadas a suas fantasias primitivas em relação ao seio, mãe, irmãos, pênis, pai etc., fantasias que serão o objeto das interpretações.

As contribuições de Bion à teoria e prática dos grupos merecem destaque neste momento de nossa exposição por sua aparente homologia com as ações do psicoterapeuta e com a própria configuração inicial do grupo fundamentado na psicanálise de Lacan. Bion fez uma contribuição, pode-se dizer localizada, à teoria dos grupos, mas que produziu importantes ressonâncias que persistem até o presente. Admite-se que todos os indivíduos em sua constituição como sujeitos humanos passaram por processos grupais, sociais e intersubjetivos. Decorrente disso, pode-se supor que eles podem, ainda mais quando se juntam em relação com outros, tender à reprodução desses padrões grupais e sociais, incluindo a atualização de padrões inconscientes, e mesmo de padrões anteriores à própria constituição do inconsciente. Nesse último caso é que pode ser considerada a pertinência da hipótese dos "supostos básicos". Bion formulou a hipótese de que há nos grupos um transcorrer de posições básicas inconscientes que influenciam radicalmente o estilo e os efeitos de produção dos grupos. Nomeou essas posições básicas como: supostos básicos de, "luta-fuga", "acasalamento"

e "dependência". Deixa claro que esses supostos referem-se a momentos lógicos que, ao contrário de uma sequência temporal, podem ocorrer simultaneamente, e em qualquer sequência; embora possam supor uma sequência de elaboração (dependência, luta-fuga, acasalamento), em graus mais sofisticados, na direção de permitir consolidar os objetivos que reuniram o grupo, como "grupo de trabalho" – a meta final do grupo. A função do terapeuta se expressa na interpretação desses supostos "inconscientes" – relacionados às ansiedades básicas –, mas principalmente no silêncio, supondo que isso ajuda o coletivo a se deslocar na direção da maior possibilidade e objetividade para a solução dos problemas que justificaram a inclusão dos indivíduos nos grupo (Bion, 1975). É possível, até certo ponto, reler o dispositivo grupal de Bion nos discursos como laços sociais, de Lacan, e alguns autores consideram que não é por acaso. Lacan teve oportunidade de observar *in loco* o trabalho de Bion com os soldados, ainda durante a Segunda Guerra: relata depois sua boa impressão dessa experiência; "o pequeno grupo sem chefe" pareceu-lhe uma inovação de consequências radicalmente novas (Lacan, 1989, p.21). O trabalho de Bion se pauta nas contribuições kleinianas.

Anzieu (1993), por sua vez, tem várias considerações importantes para os grupos e a ação do psicoterapeuta, que são homólogas ao trabalho de Bion, porém, partindo da base freudiana (Pratta, 2010).

Neste ensaio compartilhamos a tese oposta à que afirma haver uma grupalidade como "essência" dos grupos capaz de se manifestar *a priori* quando os indivíduos se reúnem. Procuraremos pensar a constituição do grupo psicoterapêutico como uma estrutura operativa que é função do próprio trabalho grupal, incluído o terapeuta (Costa-Rosa, 1987 e 2005; Costa, 1989; Barus-Michel, 2004; Santos, 2005).

Por outro lado, compartilhamos a argumentação dos autores quando afirmam que algo se manifesta de imediato, quando os indivíduos se reúnem com fins diversos (Bion, 1975; Anzieu, 1993; Kaës, 1997). Trata-se da atualização da dimensão imaginária, pensada como imagem coletiva, social ou extraindividual que o grupo expressa, e as fantasias particulares que os indivíduos fazem do grupo.

Embora o grupo seja uma realidade específica no campo sociológico, portanto um fato em si, quando funciona no campo da psique individual ele opera efetivamente como fantasia. Daí a importância de se incluir no campo

da análise a própria imagem do grupo com as fantasias e valores de que é portadora, para cada um dos componentes (Costa, 1989; Pontalis, 1972).

Essa presença do imaginário poderá manifestar-se transferencialmente no grupo como transferências cruzadas, e como repetição das formas recalcadas dos vínculos consolidados no processo da constituição subjetiva primária, ou como onipresença das relações atávicas de objeto (a transferência como repetição de vínculos, no sentido especificado por Freud). A essa dimensão da transferência acrescentamos uma formulação fundamental de Lacan (1979) sobre a transferência. Para ele, antes de tudo, no início da transferência está o saber, como saber inconsciente. Ou seja, há uma dimensão da transferência que é simbólica, embora se manifeste nos momentos de crise como alienação do próprio saber do sujeito no Outro a quem ele se dirige.

A consideração desse saber inicial do sujeito como pivô da transferência será fundamental para a compreensão do grupo baseado na teoria lacaniana. Ao partir da ideia do grupo psicoterapêutico como dispositivo de produção, abre-se a possibilidade de pensar as formas de transferência, em seus diferentes momentos, como diferentes Modos de Produção, a partir da modalização oferecida pelos discursos como laços sociais, elaborados por Lacan. Poder-se-á analisar, sobretudo, a operatividade do grupo quando considerado sob o ponto de vista de seu deslocamento pelas diferentes modalidades do trabalho grupal no transcurso da psicoterapia (Lacan, 1992). Considero aqui as diferentes modalidades de transferência que podem ser caracterizadas aproximadamente como "transferência anônima", "transferência simbólica", "transferência analítica" (Miller, 1989), tendo no horizonte o conceito de "transferência de trabalho", aplicado no campo lacaniano ao Modo de Produção dos grupos (Laurent et al., 1987).

Vale a pena destacar, ainda, a crítica feita por Costa (1989) às apropriações da psicanálise, para a teoria dos grupos, feitas por Kaës. Este autor considera que o grupo reproduz as estruturas psíquicas, e isso seria possível por existirem no psiquismo formações psíquicas grupais; afirma que os indivíduos em grupo constroem um sistema de relações e operações de caráter transicional, que denomina aparelho psíquico grupal. Isso, entretanto, desembocaria num perigoso homeomorfismo indivíduo-grupo. No fundo, Kaës estaria concebendo o indivíduo e o grupo como realidades independentes que emergem simultaneamente no processo sociocultural. Apesar

de sua crítica, Costa considera que pode haver algo interessante na ideia do homeomorfismo, mas não pelos motivos arrazoados por Kaës; não nos revela os seus motivos: supomos que só possam ser os de Freud, isto é, todo o individual é simultaneamente social, pois não há indivíduo que se forme fora da sociedade, e fora de grupos de pertinência imediata (Freud, 1980b).

Procuraremos tirar consequências, teórico-técnicas, no trabalho com o grupo psicoterapêutico, a partir do desdobramento dessa ideia, que foi realizado por Lacan, ou seja, se todo o sujeito se forma a partir de sua inserção na linguagem encarnada nos semelhantes, então o sujeito do coletivo é o mesmo que o individual (Lacan, 1998b; Milner, 1996). Na nossa práxis com grupos psicoterapêuticos, e na tentativa de teorizá-la *a posteriori*, esse parece ser o ponto de maior complexidade. Não é casual que algumas tentativas de definir o grupo tenham naufragado na indecisão entre os termos "terapia de grupo" e "terapia no grupo", por exemplo.

Poderá ser útil para nós, ainda, a consideração de uma propriedade do grupo proposta por Kaës: sua hipótese de que ele é um representante-representação da pulsão; definição homóloga à de Freud, do representante pulsional (*Vorstellungsrepräsentanz*), ou lugar-tenente da representação, como se expressa Lacan (1979).

Para concluir esse tópico introdutório sobre ao trabalho com o grupo psicoterapêutico ainda nos resta abordar outro tema importante recorrente na literatura: as ações do psicoterapeuta de grupos. Voltemos ao texto de Costa (1989), que expõe importantíssimos dados da sua experiência como psicoterapeuta de grupos. Devemos concordar com esse autor quando afirma que o mais importante é não perder de vista questões como: de que modo opera o grupo nas problemáticas dos sujeitos que o constituem? O que se espera dele? Quais são o lugar e a função do terapeuta?

Afirma que, na prática, o que se observa é que os clientes, quando não são induzidos pelo imaginário do terapeuta, raramente manifestam qualquer sinal de estarem reagindo psiquicamente às fantasias de grupalidade do grupo. As situações do grupo produziam: o aparecimento de investimentos imaginários de uns nos outros (transferência lateral) e o aparecimento de fantasias sobre a razão de ser do grupo. Nessas situações a conduta do terapeuta era reenviar, ao cliente e aos outros participantes, a matéria do discurso e perceber como cada um pensava ou como cada um reagia à emergência de tal ou qual fantasia.

O terapeuta economizava as interpretações de sentido; atento ao discurso de superfície limitava-se a assinalar a emergência de fantasias, lapsos, chistes. Isso lhe permitia constatar que:

> [...] os indivíduos com suas próprias palavras e seus próprios significados reelaboram suas histórias biográficas e fantasmáticas [...] o terapeuta interpretava quando surpreendia o disparate, a persistência dos mesmos conteúdos ideacionais ou fantasmáticos [...] a interpretação se resumia a repetir o que havia sido dito ou a perguntar, pontuando-se as brechas do discurso. (Costa, 1989, p.52)

Suas interpretações visavam:

> [...] pontos de reequilíbrio narcísico com vistas ao retorno das associações, capazes de permitirem a emergência de novos sem-sentido [...] o terapeuta dispensa o papel de tradutor simultâneo ou de máquina de traduzir [...] limita-se fundamentalmente a assinalar o que foi dito [...] nesta circulação da cadeia associativa o terapeuta limitava-se a assegurar a fluidez do discurso, apontar a emergência das formações do inconsciente e a guardar o lugar transferencial e imaginário de que tem a última palavra sobre o assunto. (ibidem, p.52-3)
>
> O que se vê é um indivíduo imaginando o que seja um grupo ou um *grupo de pessoas* imaginando o que seja um indivíduo [...] mas se assim é por que não se dirigir diretamente à pessoa em questão, em vez de dirigir-se ao pretenso ser do grupo? (ibidem, p.47).

Acrescenta e acata o pressuposto de que, no grupo, o objeto da interpretação são fatos transindividuais ou interindividuais, mas aproveita para reforçar sua tese de que isso não autoriza o terapeuta a dirigir-se a um suposto grupo, em vez de faz isso visando diretamente as pessoas ou agrupamentos dentro do grupo:

> [...] em vez de dizer o grupo está sentindo isso ou aquilo; por que não dizer eu acho que o senhor e a senhora estão sentindo... o que os senhores acham e o que as outras pessoas acham? (ibidem, p.48)

Suas afirmações tangenciam alguns aspectos fundamentais das proposições que faremos sobre a ação do psicoterapeuta de grupo referenciada na

teoria de Lacan. Ele deve operar na promoção da associação livre grupal, ajudando inicialmente o grupo a se constituir como dispositivo de trabalho; atuar, sobretudo, no relançamento dos sentidos inconscientes e dos traços de enunciação presentes na superfície do discurso; economizar as falas que possam fomentar a reciprocidade e complementaridade paralisante das associações espontâneas do próprio grupo; ou seja, deve suspender todas as falas e ações que possam funcionar como suprimentos narcísicos imediatos capazes de impedir a emergência dos sentidos inconscientes capazes de operar sobre o sofrimento e os sintomas. Em suma, deve ser capaz de funcionar como caixa de ressonância que mantém no horizonte a ética do grupo como dispositivo autopoiético, e do sujeito como dono de sua própria cura.[5]

O grupo como lugar dos acontecimentos transindividuais e como representante-representativo (lugar-tenente) das pulsões: primeiras observações a partir da teoria de Lacan

A discussão desses dois pontos merece destaque como introdução à proposição do grupo na teoria de Lacan: primeiro, o que mais importa no grupo são os fenômenos transindividuais e interindividuais; segundo, o grupo é um representante-representação das pulsões. Talvez ainda não se tenha tirado delas as melhores consequências para a prática dos grupos psicoterapêuticos (Kaës, 1997; Costa, 1989).

Para tirarmos da primeira ideia as consequências que nos parecem mais pertinentes e mais úteis à nossa proposição do grupo psicoterapêutico na psicanálise de Lacan é preciso ampliar o pano de fundo teórico-técnico psicanalítico presente até aqui na teoria dos grupos. Ou seja, é preciso ul-

5 É conveniente e necessário explicitar o sentido do termo cura – evidentemente, fora do princípio doença-cura, que caracteriza tanto o paradigma psiquiátrico quanto certa psicanálise, ainda absolutamente identificados com as especialidades disciplinares. Tomamos aqui uma sugestão lacaniana de leitura do *Sorge* heideggeriano, como curar-se, ou seja, poder inalienável do próprio sujeito de dar as constantes e intermináveis respostas às solicitações do real e da realidade; longe, portanto, de qualquer postura cristianizada, em maior ou menor grau, que costuma traduzir o *Sorge* como "cuidar de"; forma avessa à ética da psicanálise e das formas de psicoterapia que pautam por ela seu horizonte ético.

trapassar as ambiguidades e confusões aí presentes entre os conceitos de indivíduo e sujeito. Para Lacan (1998), o sujeito deve ser pensado necessariamente como transindividual. Ele é o efeito da necessária entrada do homem na linguagem, e tal como esta é o que há de mais coletivo, de mais social. Daí Lacan deduz que o sujeito é sempre coletivo. Afirma: "o coletivo não é nada senão o sujeito do individual" (ibidem, p.213). Além disso, Lacan ultrapassa dialeticamente a concepção freudiana do sujeito dividido entre a consciência e inconsciente – o inconsciente como "outra cena" (recalcado da história individual) –, e introduz a noção de sujeito como corte, como efeito de enunciação, interdito nos enunciados; trata-se do sujeito que aparece como um significante no Outro (campo do sentido simbólico): lapso, esquecimento, sintoma, ou achado de sentido novo; também novo saber-fazer com o sintoma. Essa noção de sujeito expressa a noção de inconsciente como processo de produção de sentido inédito para o indivíduo. A tese do sujeito como um significante inédito que aparece no Outro, e as ideias do sujeito como transindividual e sempre social são elementos suficientes para nos permitirem levantar a hipótese de que esse sentido inédito pode ser produzido tanto individualmente quanto coletivamente. Da mesma forma que se pode admitir uma modalidade de associação livre realizada conjuntamente no grupo psicoterapêutico. É preciso insistir no esclarecimento de que não se trata de coletivização do inconsciente. Esse significante que representa o sujeito ao aparecer no Outro, é "pontual e evanescente, pois ele só é sujeito por um significante, e para um outro significante" (Lacan, 1982, p.195).

Digamos que a produção pode ser coletiva, a produção desse significante um (S1), significante mestre ou enxame de sentido, do qual Lacan afirma que podemos por quantos quisermos: "S1(S1(S1(S1→S2)))" (ibidem, p.196), S1 que se relaciona com S2 (o conjunto de significantes inconscientes para um sujeito). Mas nesse ponto a apropriação só pode ser particular. Uma nodulação pode incluir a hesitação dos outros; o que pode fazer, em contrapartida, que ela tenha valor de transferência é que seja considerada uma manifestação subjetiva de um dos participantes e respeitada como tal pelos demais (Golder, 2000).

Ou seja, essas ideias permitem que avancemos para a compreensão de um inconsciente como processo de produção dinâmica de sentido novo, veiculado pelos significantes enunciados no grupo em cadeias produzidas

coletivamente e sob transferência; cadeias especialmente articuladas ao modo do enxame (Lacan, 1982). Ou seja, o grupo, ligado sob as diferentes modalidades da transferência – com destaque para a transferência de trabalho – pode construir várias cadeias de sentido que sejam passíveis de apropriação por cada um dos seus diferentes componentes, e possivelmente mesmo de forma conjunta em algumas situações. Essa produção de sentido pode ser individual ou transindividual. É importante esclarecer que se posso falar em "apropriação" é por compreender que se trata de um trabalho em direção à "transferência de trabalho" que considera as diferentes dimensões da transferência assinaladas acima, inclusive das chamadas transferências cruzadas; e além do mais, como em qualquer psicoterapia em que a psicanálise de Freud e Lacan seja aplicada, estamos em um contexto em que produção e apropriação constituem radicalmente o mesmo ato. Uma série de ocorrências nos processos de trabalho dos grupos psicoterapêuticos que temos acompanhado, conduzidos nesses parâmetros teóricos, vai mostrando a pertinência dessas hipóteses que, ao mesmo tempo, ampliam a riqueza dos efeitos produzidos pelo grupo e são passíveis de assimilação por cada um de seus componentes.

Apenas esses argumentos já parecem suficientes para dar plausibilidade à hipótese do grupo psicoterapêutico como dispositivo de subjetivação em termos inteiramente novos.[6]

É nessa direção de trabalho que talvez possamos tirar novas consequências da outra ideia: a do grupo como representante-representativo das pulsões. Tentemos tornar menos abstrata essa formulação. Os representantes-representativos da representação (*Vorstellungsrepräsentanz*) são justamente as primeiras categorias significantes, inscrições com sentido, que permitem às pulsões serem "palatáveis" ao sujeito. Através dos representantes-representativos, o real angustioso e traumático pode ser inscrito em elementos significantes de estatuto simbólico, isto é, elementos capazes de por em circulação significante a dimensão pulsional que se apresenta na repetição. Para Lacan a repetição é o retorno daquilo que permanece autoidêntico. Isto é, o real é o que sempre retorna ao mesmo lugar. O pensamento não

6 A hipótese de trabalho neste ponto considera que no campo das práticas da Atenção ao sofrimento psíquico, chamado campo da Saúde Mental, cura e subjetivação devem ser consideradas absolutamente homólogas.

pode encontrá-lo, pois ele está excluído da cadeia significante, embora seja o eixo em torno do qual ela gira. O desdobramento automático da cadeia significante no inconsciente corresponde ao *autômaton* – que envolve o retorno dos significantes pelos quais nos vemos insistentemente comandados pelo princípio do prazer; logo, repetição é insistência dos signos. A *tiquê* envolve o encontro com o real, com o que está para além do *autômaton*, para além do princípio do prazer. O real aqui corresponde ao nível daquilo que interrompe o funcionamento tranquilo do *autômaton*, ou seja, a seriação automática sujeita à lei regular dos significantes no inconsciente. Os pensamentos do sujeito não conseguem mais do que gravitar em torno desse real, só a interpretação analítica pode permitir atingir a causa, levando o analisante ao encontro com o real: *tiquê* (Fink, 1997; Lacan, 1979). Ora, no grupo essa interpretação não depende exclusivamente do psicoterapeuta.

Transpondo essas ideias para trabalho do grupo psicoterapêutico, seria possível afirmar que certas dimensões da experiência angustiosa que não encontram correspondentes entre o conjunto dos significantes recalcados da história individual podem ganhar novas inscrições de sentido, tecidas através dos significantes produzidos pelos componentes do grupo, incluindo o psicoterapeuta, em momentos singulares que podem corresponder a esse encontro com o real, *tique.* Vinculados transferencialmente e numa posição de implicação subjetiva em relação a seu próprio sofrimento, os indivíduos vão se beneficiando não apenas das emergências do sentido recalcado que aflora diretamente em seu discurso ou que podem ser evocados pelas experiências compartilhadas, mas também do sentido produzido individual e coletivamente pela enunciação significante radicalmente nova. Nesse caso terá havido ciframento do real angustioso. Se aceitarmos a hipótese de que o grupo pode ser um dispositivo de produção dinâmica de sentido significante inteiramente novo, por que ele não poderia funcionar também como dispositivo de produção de representantes-representativos da pulsão?

Em minha proposição, o campo grupal também pode funcionar como tela de projeções; entretanto penso que deve ser mantida a condição de que essas projeções sejam imaginárias, isto é, no sentido das protofantasias freudianas consideradas como possuindo função de significantização (Lacan, 1999); e não no sentido da identificação projetiva de Bion (1975).

Com essas observações vamos sedimentando o caminho que permitirá vislumbrar o grupo psicoterapêutico como dispositivo complexo de produ-

ção e apropriação individual e coletiva, nas situações em que os indivíduos demandam Atenção aos diferentes impasses psíquicos.[7]

Relações possíveis entre grupo psicoterapêutico e a teoria do Cartel lacaniano

Devemos acrescentar ainda as contribuições ao grupo psicoterapêutico derivadas do dispositivo lacaniano denominado Cartel, constituído como um grupo de trabalho com a função de transmissão da psicanálise.

> Em 1980, Lacan apresenta um contorno mais definido sobre as indicações deste grupo de trabalho: o cartel deve ter um produto de cada um e não do coletivo; um dos integrantes é "mais-um", escolhido pelos participantes e que deve ser substituído a cada dois anos para evitar o efeito de cola – o "mais-um" tem a função de suscitar elaborações e provocações, além de manter os integrantes voltados para a realização da tarefa –, por fim, nesse grupo de trabalho espera-se a renovação de referências e não se deve esperar nada dele, além de resultados e crises de trabalho. (Pratta, 2010).

Aí é de fundamental importância a função desse operador, nomeado "mais-um", que, embora não seja apenas um a mais, é também um dos participantes do coletivo de trabalho. A função do "mais um" serve como inspiradora da nova posição e funcionamento do terapeuta de grupo baseado na psicanálise de Lacan. No caso das demandas de Atenção no contexto da Saúde Coletiva, ele não é escolhido como no caso do cartel, porém sua "oferta inicial de possibilidades transferenciais" nomeadas pelos signi-

---

7 Não poderei entrar em maiores detalhes sobre a amplitude das possibilidades do grupo psicoterapêutico, questão tão relevante para a Atenção ao sofrimento psíquico no campo da Saúde Coletiva, por isso é importante esclarecer que neste ensaio a reflexão é centrada no grupo que é composto por indivíduos cuja hipótese de constituição psíquica compreende a modalidade do recalcamento (*Verdrängung*). Infelizmente também não terei espaço para analisar as dificuldades adicionais de realizar os grupos psicoterapêuticos, numa sociedade que promete deixar toda a potência e impotência ao indivíduo (como figura sociológica e psicológica); sociedade que, talvez por isso mesmo, se vê assolada pela "cultura de massas", em que os grupos carismáticos assumem função cada vez mais monopolizadora; quando não nos encontramos, de saída, na situação em que a ideologia remete, sem escalas, o indivíduo aos mágicos e poderosos produtos da indústria químico-farmacêutica.

ficantes "grupo psicoterapêutico" deve ser considerada um primeiro operador fundamental da constituição do grupo como unidade de trabalho. São esses significantes inscrevendo sua presença no espaço geográfico, imaginário e simbólico da instituição que podem situar inicialmente o psicoterapeuta na posição de "mais-um", como aquele a quem se dirige inicialmente a suposição de saber transferencial. O modo como o psicoterapeuta maneja esta transferência inicial (adiante apresentarei mais elementos tomando como base as passagens de discurso) e os outros fenômenos resultantes da situação de crise e do encontro com o próprio grupo como situação desconhecida – portanto, amplificadora dos efeitos angustiosos da própria situação de crise – se encarregam de fornecer os outros componentes que dão a base para a constituição do grupo como "unidade" de trabalho.

Essas formulações introdutórias devem necessariamente ser trabalhadas com profundidade, considerando situações clínicas grupais. Só assim poderemos escapar ao risco do esquematismo que pode implicar em que elas sejam tanto acolhidas, quanto rejeitadas, de modo precipitado.

O grupo psicoterapêutico e os discursos de Lacan como laços sociais e Modos de Produção de subjetividadessaúde

A fim de ampliar a compreensão das funções e do lugar do psicoterapeuta de grupo, partiremos de uma análise mais ampla das possibilidades dos laços inter-humanos sociais, especificamente a teoria psicanalítica dos discursos (Lacan, 1992). Interessam as consequências que podem ser tiradas da utilização desses laços discursivos, particularmente do Discurso do Analista (DA) e do Discurso da Histeria (DH), como modos de visualizar e realizar formas de produção específicas de sentido. As consequências dos movimentos que podem ser percorridos pelos grupos psicoterapêuticos no trânsito entre os diferentes laços discursivos também são fundamentais nossa conceituação do grupo psicoterapêutico. Esses movimentos podem expressar as diferentes modalidades de produção do grupo, as diferentes formas da transferência, e os modos da pulsão e do sentido em jogo nos impasses subjetivos e no sofrimento psíquico, nos diferentes momentos da sua manifestação. O trânsito dos processos do grupo considerado à luz de

seus deslocamentos pelos discursos elaborados por Lacan permitirá ainda avaliar os resultados terapêuticos e a implicação ética desses efeitos, ou seja, pode permitir analisar quando e qual pode ser o fim mais adequado e desejável do grupo terapêutico (fim nos dois sentidos).

Neste ensaio explicitarei, desses discursos, apenas os aspectos relacionados à reflexão imediata. Para Lacan os discursos como laços sociais são "discursos sem palavras", Modos de Produção, dispositivos de aparelhamento do gozo nos laços sociais (Quinet, 2006).

Discurso é um dispositivo de quatro lugares (quadrípode) que podem ser preenchidos por elementos, que se revezam em cada lugar, determinando, conforme a ocupação de tais lugares, as várias modalidades de laços sociais de produção.
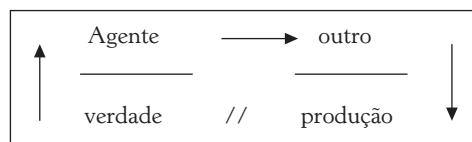
Figura 8 – Composição do quadrípode que estrutura os Modos de Produção discursiva proposta por Jacques Lacan: quatro lugares e algumas relações entre eles, representadas pelas setas, as barras horizontais e as paralelas.

Esses quatro lugares são especificados na estrutura discursiva como: agente ou semblante, outro ou trabalho ou gozo, produção ou mais-gozar e verdade (Porge, 2006). Sua nomeação já especifica algo de suas funções operativas, variáveis segundo o contexto considerado.

O lugar da verdade especifica o fim pretendido de um laço social. É preciso dizer, ainda, que a verdade é definida como "não toda", pois nenhuma ação de produção é capaz de atingir cabalmente seus fins, por melhores ou piores que sejam (indicado pelas barras paralelas). As barras horizontais indicam recalcamento ou velamento. Os outros lugares se esclarecerão à medida que avançarmos.

Esses lugares podem ser ocupados pelo sujeito ($), o objeto (a) e os significantes (S1 e S2), matemas da álgebra lacaniana, cujo sentido pode variar segundo o contexto teórico e da práxis em que são empregados. Neste estudo utilizaremos quatro discursos: do mestre, da universidade, da histeria e da psicanálise, resultantes dos diferentes modos como os elementos da ál-

gebra ocupam os lugares no quadrípode. Quanto aos matemas é suficiente considerar que a conotação de $ repete a hipótese freudiana do sujeito do inconsciente – entendamos o $ como emergência de sentido inconsciente ou como sujeito dividido, ou também como um significante representando o sujeito; o *a* conota o semblante dos objetos do desejo, ou o objeto-causa do desejo, ou a dimensão pulsional da existência, ou ainda o gozo como mais-gozar, isto é, o gozo angustioso que se goza na dissipação; S1 conota o significante mestre por sua propriedade de introduzir cortes radicais de sentido pela repetição significante, significante mestre como enxame de sentido, também chamado significante da interpretação, ou também como primeiro significante introduzido por um sujeito particular na cadeia de significantes, outras vezes o S1 figura diferentes perfis do agente, inclusive o tirano; S2 conota o saber em geral, ou o conjunto dos significantes, ou o próprio campo do simbólico, ou as cadeias do saber inconsciente para um indivíduo.

Do S1, como significante mestre, convém destacar para nossos fins quanto às hipóteses de trabalho no grupo psicoterapêutico, ainda, o recorte correspondente ao encontro bifurcante de S1 e S2, do seguinte modo, considerando, por exemplo, um indivíduo em análise: emerge um saber inconsciente – chiste, sonho, lapso etc. – (S1), mais outro (S1), mais outro (S1) e assim por diante, até que esses significantes novos podem se potencializar por retroação e conseguem mudar o estatuto de S2, ou seja, mudar uma parte decisiva do conjunto de sentido inconsciente para um sujeito. Esse é o caso em que o S1 pode ser nomeado significante da interpretação. Tal mudança pode determinar, por exemplo, transformações na posição subjetiva em relação ao sentido do sintoma e mesmo no seu estilo sintomático. Essa operação do significante-mestre definida por Lacan como enxame, capaz de fazer divergir o sentido de S2, Lacan (1982, p.196) assim a define: "S1(S1(S1(S1→S2))) S1, esse um, o enxame, significante-mestre, é o que garante a unidade, a unidade de copulação do sujeito com o saber".

O significante mestre é esse encontro do saber inconsciente novo com o saber inconsciente estabelecido, capaz de produzir seu *clinâmen*, seu inclinar-se em outra direção, o divergir de sentido, recolocando o sintoma ou outras formas do sofrimento psíquico em novo estatuto para o sujeito. Essas longas definições são essenciais para se compreender a hipótese da realização do grupo psicoterapêutico, a partir da teoria de Lacan.

O grupo psicoterapêutico e as "passagens de Discurso"

Vejamos agora algumas características dos laços discursivos e das passagens de um ao outro, já aplicadas à psicoterapia e aos grupos. Mas antes é necessária mais uma observação fundamental: uma vez que é impossível tratar um grupo como um indivíduo, nem mesmo na melhor das hipóteses em que ele se estruture a partir de uma modalidade de trabalho homóloga ao grupo em "transferência de trabalho", cabe ao terapeuta de grupo definido a partir da psicanálise de Lacan, e que faz uso da teoria dos discursos, fazer a cada momento uma espécie de cálculo de escuta, em que procura analisar as posições e os movimentos do coletivo maior e dos microcoletivos, ou mesmo dos indivíduos, que o compõem. Só assim poderá decidir a ação mais pertinente, e se deve dirigir-se aos acontecimentos transindividuais, interindividuais, ou mesmo individuais. Ao aplicar aqui a noção de deslocamentos discursivos e mesmo de revolução de discurso ao grupo psicoterapêutico, não estamos fazendo mais do que partir da base de trabalho dada pela teorização lacaniana. É, portanto, apenas para simplificar a exposição das ideias neste ponto que às vezes exemplificarei as possibilidades complexas desses movimentos no grupo como se fosse a situação da psicanálise em intensão, isto é, a situação comum de um analista e um único analisante. Dito de outro modo, a aplicação dos discursos de Lacan ao trabalho com o grupo psicoterapêutico exige o desdobramento, para a situação grupal, desse raciocínio feito a partir da situação comum da psicanálise com um único indivíduo.

Partamos do Discurso do Mestre (DM), no qual recortamos inicialmente, do lugar do agente, um sentido do significante mestre (S1), um pouco diferente daquele que lhe é atribuído mais comumente na teoria dos discursos.
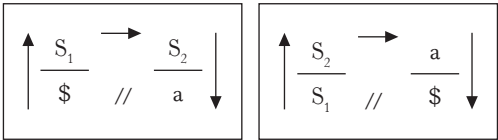
Figura 9 – Escritura dos laços sociais elaborados por Jacques Lacan: Discurso do Mestre e Discurso da Universidade, respectivamente.

Esse mestre (S1), no sentido do senhor de escravos antigo, se dirige ao *outro* como saber-fazer (S2) para que ele produza os objetos que suposta-

mente resolvam a questão do mestre-sujeito. Nesse recorte podem encarnar S2 tanto o escravo antigo, quanto o sujeito do sofrimento psíquico contemporâneo, paciente/usuário, na injunção em que atualmente é posto, na típica relação médico-paciente (Clavreul, 1983), ou na relação com as demais especialidades componentes das equipes interprofissionais.

No caso do paciente, o agente médico-psiquiatra se dirige a ele para que produza informações que permitam mobilizar um saber de mestre capaz de administrar um suprimento medicamentoso, com a finalidade de mitigar o sofrimento. O psiquiatra procura agir diretamente sobre o gozo do sintoma, fazendo curto-circuito da linguagem, portanto do simbólico, para tamponar o sofrimento que faz com que o indivíduo apareça dilacerado em sua divisão subjetiva, não percebida como tal. Eliminando os efeitos de real angustioso, pode-se pretensamente recuperar a funcionalidade do sintoma e reconduzir o indivíduo à sintonia com a realidade social. Está em ação a pretensão de que um saber de mestre seja suficiente para reconduzir à razão e à consciência, concebidas como efeitos de um sistema neurológico saudável. É necessário sublinhar que, na conjuntura assinalada aí, encontramos a soma dos efeitos potencializados do Discurso da Ciência e da situação do sujeito que, embora dilacerado pela descompensação do sintoma, comparece absolutamente atravessado pelo Discurso do Mestre. Isto é, faz-se representar por um significante tautológico ("bipolar", "TOC", depressão, esquizofrenia), originado comumente nos enunciados médicos socialmente disseminados. É isso que justifica que inscrevamos esses acoplamentos no Discurso do Mestre (DM), pois a violência não é necessariamente inerente a esse laço social. Lacan (2009, p.25) observa que se o DM "constitui o lastro, a estrutura, o ponto forte em torno do qual se ordenam diversas civilizações, é porque seu motor, afinal, é de uma ordem muito diferente da violência".

Antes de prosseguirmos convém assinalar que a complexidade do processo de "produção de saúde" no campo da Atenção ao sofrimento psíquico só pode ser profundamente analisada através dos laços sociais discursivos, compreendidos como Modos de Produção, se for notado que há aí uma circularidade constante entre os diferentes modos discursivos propostos por Lacan. As passagens de um discurso a outro se destacam, tão logo se dá início ao trabalho com os sujeitos do sofrimento. No caso das instituições de Saúde Mental, onde predomina a relação médico-paciente típica

da psiquiatria atual e a relação disciplinar dos outros da equipe interprofissional, há uma oscilação entre o laço social Discurso do Mestre (DM) e o Discurso da Universidade (DU). Tal oscilação pode ser definida como "andar" alguns passos para trás, em relação à situação subjetiva inicial do indivíduo que recorre à ajuda psíquica. A presença predominante do DM e do DU na organização atual das práticas em Saúde Mental chega a velar o fato de que os indivíduos sempre comparecem expressando alguma forma de divisão. Quando opera o DU, o saber enciclopédico (S2) coloca o sujeito do sofrimento no lugar de objeto de estudo e de intervenção (paciente). Considerando essa oscilação nas práticas de Saúde Mental, partiremos da estrutura de produção correspondente ao DU (Figura 9) para demonstrar, um pouco esquematicamente, o início e alguns movimentos subsequentes válidos também para o trabalho do grupo psicoterapêutico.

Imaginemos a situação mais comum do indivíduo que recorre à ajuda psíquica nas instituições públicas organizadas para esse fim. Dilacerado por sua angústia e sofrimento, o sujeito (com maior ou menor implicação na sua situação de divisão) chega "instruído" por sua percepção do campo das ofertas da Atenção presentes no Território e por sua percepção do próprio sofrimento.

Nessa posição de angústia está predisposto a instituir aquele a quem se dirige como o detentor de um saber de mestria sobre o que lhe acontece e sobre como tratá-lo. O futuro do "tratamento" dependerá crucialmente do lugar ocupado pelo outro a quem se dirige o sujeito, na estrutura antes designada como quadrípode (Figura 8). Se o terapeuta, no lugar do outro, encarna de forma estática a função de quem tem o *Phármakon* como objeto infalível para curar, ou encarna um saber de mestria sobre o sujeito, imediatamente se instala na posição de agente no DU (Figura 9). Essa movimentação do terapeuta para a posição de agente de saber (S2 em ação) opera o tamponamento da inicial divisão subjetiva a muito custo aberta, e que fez com que o indivíduo procurasse ajuda. Admitamos que o indivíduo sempre venha à instituição por alguma forma de divisão subjetiva. Com esse passo do terapeuta ao lugar do agente no DU, o $ se inscreve como objeto, no lugar do outro (a, como objeto depositário do psicofármaco, objeto de estudo diagnóstico, de cuidado, da assistência, em suma, objeto da ciência). Quanto mais dilacerado o sujeito em sua queixa inicial, mais disposto parece à aceitação de sua instalação como objeto no Discurso da Ciência, aí representada

pelo DU. Há uma variação nada desprezível dessa situação que consiste em inserir os indivíduos com sofrimento e impasses psíquicos em grupos cujo Modo de Produção pode ser expresso pelo DU, isto é, acaba-se caindo em situações como as dos grupos de apoio, aconselhamento, conscientização ou nos diferentes arranjos carismáticos.

A situação atual da medicalização do sofrimento psíquico contribui altamente para que ela surja no horizonte das possibilidades dos indivíduos, como a possibilidade por excelência de Atenção para essa forma de sofrimento. Só após o fracasso da operação de sutura, química ou outra, o indivíduo pode reeditar seu pedido; ele tem reforçada sua queixa pelo redobramento angustioso, efeito desse laço de produção que o coloca na posição de objeto. Notemos que um dos efeitos prováveis dessa objetificação do sujeito na posição do outro no DU é o reaparecimento da dimensão subjetiva, isso é conotado pelo $ no lugar da produção, como produto (Figura 9). A persistência da angústia é capaz de demandar a abertura de outras possibilidades de resposta terapêutica diferentes da anterior, dependendo das ofertas à disposição na instituição e no Território. É nesse ponto das trajetórias que mais comumente, na atualidade, se abre espaço para a oferta das psicoterapias e, portanto, para o grupo psicoterapêutico psicanalítico. Está claro que nesse caso há um deslocamento discursivo, e o sujeito se reapresentará na posição do agente como sujeito dividido.

Mas quando a divisão subjetiva é consistente, de saída, para entabular uma transferência com a psicanálise, o grupo psicoterapêutico como definido neste estudo poderá ser a oferta de eleição no contexto da Saúde Coletiva. Penso que se ele se mantiver como uma oferta persistente, para além de seus efeitos diretos sobre os indivíduos que dele participam, o grupo psicoterapêutico pode gerar efeitos transferenciais sobre os modos de manifestação da demanda por ajuda psíquica no Território.

As características da transferência inicial para com as psicoterapias e para com o próprio grupo psicoterapêutico obrigam a inclusão de um tópico de análise adicional neste ponto da reflexão.

A psicoterapia de grupo e o estado da transferência inicial

Deve-se ter em conta a dificuldade e o trabalho exigido do psicoterapeuta e do trabalho do próprio grupo, a grande "revolução de discurso" em que

consistem as passagens do Discurso do Mestre e do Discurso da Universidade para o Discurso da Histeria. Pois é preciso não menosprezar a inércia atual do estado da transferência inicial para as psicoterapias, traduzido pela predisposição e mesmo pelo fascínio por parte do sujeito do sofrimento em se colocar no lugar de objeto de cuidado. Os fatores desse fascínio vão do acentuado individualismo presente na estrutura social, até os efeitos produzidos pelo Discurso da Ciência e pela ação conjugada da própria psiquiatria-DSM, que prometem resultados instantâneos, a partir da ação imediata de uma gama de "objetos-suprimento" diversos, naturalmente com destaque para os psicofármacos quando se trata das circunstâncias do sofrimento e demais impasses psíquicos. Os fatores que produzem essa inércia inicial da transferência parecem ainda mais determinantes quando se trata da oferta do grupo psicoterapêutico, e manifestam seu efeito já na dificuldade da opção por essa forma de psicoterapia. O interessante é que essa dificuldade se manifeste através do álibi da preservação da privacidade pessoal, justamente na forma da sociedade dita do espetáculo (estão aí os grupos carismáticos que não nos deixam mentir) argumento que, mesmo assim, parece imbatível e ao qual cedem sem maior questionamento os próprios psicoterapeutas. A dificuldade algumas vezes também aparece com ares de dogma: "as pessoas não querem o grupo" ou "o grupo não funciona"; portanto, recolocar, nesse contexto, o grupo psicoterapêutico, como dispositivo válido e eficiente para as demandas no campo da Saúde Coletiva, inclui também enfrentar esses preconceitos contra ele, já disseminados tanto entre sujeitos do sofrimento quanto nos profissionais da Saúde. As experiências efetivas com o grupo psicoterapêutico, entretanto, desmentem por completo essa percepção de invasão de privacidade, levando muito mais a pensar num sentimento de pertinência e de familiaridade, quando se constata a possibilidade de se identificar com a situação de sofrimento de outros participantes do grupo. Quanto ao preconceito contra a efetividade do grupo psicoterapêutico, não parece haver melhor meio de combatê-lo do que intensificar o estudo e a pesquisa de suas possibilidades, através de sua prática efetiva.

O modo Discurso da Histeria como ponto de partida

Por outro lado, quando é possível uma oferta imediata de psicoterapia fundada na psicanálise, o terapeuta situa-se no lugar do outro no quadrípo-

de, disposto a encarnar a posição de "Sujeito Suposto ao Saber", elucidada por Lacan; ou seja, se ele puder suspender as respostas de reciprocidade *a priori*, diante do dilaceramento inicial do sujeito, poderá facultar-lhe a ampliação dessa divisão subjetiva. Nesse caso, o sujeito ($) – até então em afânise, isto é, aparecendo mais comumente apenas por seu desaparecimento atrás da angústia somatizada ou do sentido tautológico do sintoma, e mesmo sob a exigência explícita da presença de um médico ou de um medicamento – passa a persistir como agente, conferindo consistência e alguma estabilidade à estrutura produtiva que Lacan nomeou Discurso da Histeria ou discurso do inconsciente.

Vejamos então como pode operar a situação inicial de um grupo psicoterapêutico com indivíduos que são reunidos após terem chegado à instituição em busca de psicoterapia, e que aceitaram essa modalidade de trabalho.
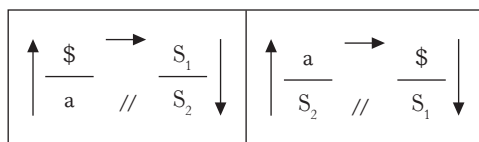
Figura 10 – Escritura dos laços sociais elaborados por Jacques Lacan: Discurso da Histeria ou do Sujeito (DH) e Discurso do Analista (DA), respectivamente.

Parte-se da situação do grupo em que as entrevistas preliminares possuem as mesmas três funções e finalidades essenciais que na psicanálise comum, sem se esquecer de que as entrevistas preliminares no grupo, tal como na situação comum da psicanálise, também já exercem a simultânea função psicoterapêutica.

Considerando a função diagnóstica, é preciso analisar a situação estrutural de cada indivíduo em relação às suas possibilidades de subjetivar; o que significa analisar se ele conta com os recursos de simbolização plena (é o caso da constituição subjetiva por recalcamento/*Verdrängung*, relacionada às neuroses), ou se pode tratar-se de um indivíduo que precisa recorrer ao imaginário como forma de solução de seus impasses subjetivos (caso da constituição subjetiva por foraclusão/*Verwerfung*, relacionada às psicoses), o maior cuidado nesta última situação é para que a própria situação da psicoterapia não precipite o indivíduo no desencadeamento da psicose; portanto não está em questão a atribuição, ao sujeito, de qualquer definição

nosográfica, e sim a análise do modo estrutural com o qual ele pode trabalhar para o equacionamento de seus impasses. Isso dará ao psicoterapeuta importantes elementos para o manejo de suas ações.

A função "sintomal" das entrevistas preliminares visa conectar os indivíduos com a possibilidade de interrogar o sentido do sintoma ou do sofrimento que os trouxe (Quinet, 1991). O sintoma pode ser apreendido apenas como uma "resposta" que perdeu a funcionalidade, a qual se pretende recuperar a partir apenas do saber buscado no psicoterapeuta. Essa interrogação do sintoma pode ser definida como a consolidação da divisão subjetiva, ou seja, a colocação do inconsciente em movimento. Significa permitir ao indivíduo e ao próprio grupo situar-se no lugar do agente como sujeito dividido, o que configura o modo de funcionamento da estrutura do Discurso da Histeria. Isso certamente já vai sendo conseguido a partir da própria operatividade do grupo, mesmo nesse momento das "entrevistas preliminares".

A função transferencial a ser trabalhada nessas reuniões iniciais como grupo visa a construção do próprio grupo como dispositivo de trabalho psíquico. Conforme assinalado anteriormente, esse é um dos pontos nevrálgicos para a efetividade do trabalho da psicoterapia no grupo e para a consideração de seus movimentos possíveis pelas "revoluções de discurso". Aqui devem ser consideradas também as possibilidades das passagens individuais, interindividuais e transindividuais da transferência (assim como as das outras funções das entrevistas preliminares), sem nenhuma necessidade de pensar em qualquer movimento em bloco.

A consolidação do modo de trabalho configurado pela estrutura do Discurso da Histeria, pode permitir algumas passagens ao modo de funcionamento caracterizado pelo funcionamento do Discurso do Analista. Mas para prevenir possíveis esquematismos na compreensão dessas possibilidades de realização do grupo, convém deixar claro que se trata de movimentos cujo caráter parece reversível entre os modos de funcionamento do DH e DA, a ponto de nos parecer mais adequado falar em deslocamentos discursivos. As experiências efetivas com grupos que temos realizado nesse núcleo de pesquisa parecem indicar esse trânsito entre DH e DA, partindo da base do Discurso da Histeria, como o mais característico.

Temos trabalhado, portanto, a partir da hipótese de que o grupo com suas segmentaridades, quando situado no modo de funcionamento carac-

terizado pela estrutura DH, pode operar a passagem do sujeito ($), mesmo ainda situado no lugar do agente, à posição de trabalho. Ou seja, há deslocamentos que não caracterizam ainda uma predominância do funcionamento DA, mas que permitem a construção de significantes capazes de funcionarem como significantes-mestre transferenciais (S1), isto é, significantes capazes de produzir bifurcações de sentido individuais ou transindividuais, relacionadas aos sintomas. Trata-se de um fundamental deslocamento de discurso produzido pelo psicoterapeuta, que realiza uma "manobra" na transferência suspendendo a mestria correspondente aos discursos do mestre e da universidade e mesmo da histeria, "transferida" para ele pelos indivíduos. Com isso ele introduz a operatividade do "mestre" (S1), agora como "significante mestre", como enxame de sentido, conforme definido anteriormente.

Mesmo ainda no DH, está facultada a possibilidade da passagem para um Modo de Produção no grupo absolutamente singular, com efeitos semelhantes aos que Jacque Lacan definiu no Discurso do Analista (DA), no qual o sujeito, entendido como "significante que aparece no Outro", pode aparecer no lugar da produção, operando como corte de sentido, permitindo aos indivíduos a produção das respostas de deciframento e ciframento para os diferentes impasses (Lacan, 1979).

Esse funcionamento do significante mestre (S1) no DH pode ser mais bem compreendida através do funcionamento do grupo no Discurso do Analista. Aí a referida manobra transferencial se consolida e o analista, no lugar do agente, como semblante de objeto (a), dirige-se ao sujeito ($), ou seja, à hipótese de que há saber inconsciente e sujeito como significante no Outro. Em outros termos, está implícita uma concepção do inconsciente como produção de sentido, e não apenas como retorno do recalcado. E esse sentido inconsciente se produz sob a forma de significantes mestres (S1), que são capazes de mudar o estatuto do saber inconsciente (S2), em relação ao qual se situava o $. Conforme dito antes, S1 são significantes capazes de produzir *clinâmen* em relação a S2, do seguinte modo: S1(S1(S1(S1→S2))). No DA, o S2 é concebido como a totalidade em infinita totalização, conjunto dos significantes inconscientes do indivíduo; inclui, portanto, aquilo que se refere tanto aos sintomas que o desconcertam, quanto o que diz respeito ao sofrimento angustioso de que se queixa.

Nestas considerações vislumbramos alguns dos possíveis movimentos do psicoterapeuta grupal até se situar no lugar do agente no dispositivo Discurso do Analista.

A nossa experiência com os grupos de trabalho, entretanto, tem demonstrado que a persistência da estrutura de trabalho especificada pelo discurso do sujeito ou Discurso da Histeria é a mais comum. Isso é esperado e compreensível. Pois manter os sujeitos na posição de divisão subjetiva – constitutiva de todos nós por sermos falantes – numa situação em que tal divisão emerge acentuada, e ao mesmo tempo tendente ao tamponamento, por causa da angústia maior em que as situações de crise implicam, já significa sustentar a posição que põe o sujeito em trabalho. Sustentar essa posição de suspensão do saber de mestria é, talvez, o epicentro desse tempo (lógico) a que atribuímos a construção do grupo como dispositivo de potência autopoiética, na qual os indivíduos, sob transferências, já começam a produzir o sentido inconsciente capaz de deslocar sua relação inicial com o sofrimento e com as expectativas que tinham sobre o tratamento.

Esses movimentos do sujeito e do psicoterapeuta nos indicam esquematicamente algumas possibilidades do grupo psicoterapêutico na modalidade proposta. Permitem vislumbrar algumas das ações do psicoterapeuta grupal, e das mudanças nos indivíduos, até se situarem respectivamente no lugar do agente e no lugar do trabalho, no dispositivo Discurso do Analista (DA). É conveniente sublinhar que as passagens e a ocupação dessas posições não são mero artifício técnico. Dependem da possibilidade do psicoterapeuta de agregar à lógica e à técnica do grupo os princípios da psicanálise freudiana acrescentados por Lacan.

O saber do psicoterapeuta na posição de agente no DA (como semblante de objeto *a*) tem a consistência dum saber que Lacan chamou de "ignorância douta", por conhecer seus limites. E seu limite maior é a impossibilidade de saber pelo sujeito aquilo capaz de dar conta do sofrimento e do sintoma (Lacan, 1998a). Essa compreensão, de estatuto teórico-técnico e ético, também o ajuda a sustentar um silêncio oportunamente colocado, que é capaz de funcionar como causa da produção do grupo, nos dois sentidos antes especificados.

Propor desse modo o laço social da psicoterapia de grupo significa sustentar "[...] novas instituições, lugares de trabalho onde o Discurso do Analista possa ser operante, centradas em torno de um vazio real de saber--poder" (Laurent et al., 1998, p.246).

Outros conceitos operativos necessários ao grupo na teoria de Lacan

Para fazer operar o grupo psicoterapêutico tendo como horizonte o Modo de Produção Discurso do Analista são precisos outros acréscimos conceituais sobre os avanços introduzidos por Lacan no campo freudiano, sobretudo na interpretação, no sujeito do inconsciente e na transferência.

O conceito de interpretação e sua prática sofrem, a partir de Lacan, transformações importantes que têm consequências diretas fundamentais para a nossa compreensão das ações do psicoterapeuta em geral e do trabalho do grupo tal como procuramos conceituá-lo neste ensaio. Diremos sinteticamente, de imediato, que ele não se atém mais às clássicas interpretações laudatórias, ainda comuns em algumas vertentes da psicanálise. Pela própria posição de intercessor nos processos de produção de sentido empreendidos pelos sujeitos do sofrimento, e pela concepção que ele tem de que essa produção é um efeito direto dos processos de enunciação, a função principal do terapeuta é de fazer surgir a palavra e fazê-la circular, procurando conseguir no grupo o correspondente da associação livre e seus efeitos. Ele trabalha com escansões, assinalamentos, com a função fática da comunicação; todas essas ações visam relançar o sentido da enunciação sempre que esse emerge por ocasião da produção dos enunciados (Dor, 1989). Sua meta é levar os sujeitos à significação, isto é, à produção de sentidos vindos do recalcado das histórias subjetivas particulares; e à significantização, ou seja, à produção de sentidos para além do recalcamento das histórias particulares. O último aspecto, certamente de ocorrência mais rara, diz respeito à possibilidade de se agregar sentidos novos para sofrimentos propriamente angustiosos cada vez mais presentes numa série de queixas. Sua fundamentação teórica e a análise de suas possibilidades técnicas estão na perspectiva da chamada segunda clínica lacaniana, ou "clínica do real", cuja hipótese fundamental é especificada por Lacan (2007) nos termos "o inconsciente é real".

A psicoterapia de grupo realizada nessa oscilação pelos modos de trabalho especificados nos dispositivos DH e Discurso do Analista, tendo no horizonte este último, também consiste num processo de produção de sentido que, do ponto de vista da transferência, visa encetar nos participantes uma transferência de trabalho, através da *performance* do psicoterapeuta situado no lugar do agente (em cima, à esquerda), como objeto-causa (objeto *a*), no DA; ou suspendendo a posição de mestria quando ainda no lugar do traba-

lho (em cima à direita) no DH. A meta do psicoterapeuta de grupo, quanto a esse aspecto, é instituir os sujeitos no discurso da associação livre, numa posição de trabalho, a fim de fazer que, sob transferência, advenham os sentidos recalcados, e o próprio "sujeito como significante no Outro" a que já nos referimos. "O ato analítico é assim liberado do paradigma hermenêutico e pode ser qualquer ato que instaure (institua) o sujeito na palavra" (Laurent et al., 1998, p.245).

A psicoterapia de grupo realizada a partir dos discursos de Lacan, através dos necessários deslocamentos e das revoluções de discurso que antecedem o modo de funcionamento especificado pelo Discurso do Analista, supõe ainda a consideração das outras transformações na teoria e na técnica, do dispositivo analítico estritamente freudiano, realizadas por Lacan. Convém especificar um pouco mais algumas nuances presentes nos conceitos de inconsciente, de sujeito do inconsciente e na teoria da transferência.

O conceito de sujeito do inconsciente, e o próprio conceito de inconsciente, freudianos também são ampliados pela teorização de Lacan (1998). De acordo com ele, o sujeito ($) está representado no discurso, ou seja, é o que um significante (S1) representa para outro significante (S2), mediante a extração de uma parte de gozo, condensado no objeto (a), pulsão que funciona também como causa do desejo, entre outras possibilidades. Vemos que há aqui uma concepção de sujeito como sentido, resultante da circunstância estrutural (necessária) de que o homem, para se constituir, precise entrar no simbólico. Ou seja, um efeito de sua constituição é que ele habita simultaneamente o plano da existência e o plano do sentido (ex-sistência). Portanto, destaca-se o sujeito como sentido, como efeitos-sujeito. Nessa perspectiva o sujeito tanto é o indivíduo com um inconsciente, sujeito dividido por sua necessária entrada na linguagem como campo do simbólico, acepção em que o termo inconsciente designa o recalcado da história individual. O sujeito pode ser a figuração dos próprios efeitos de sentido advindos do processo de enunciação, pelo encontro dos significantes; nesse sentido, o sujeito coincide com o S1 como enxame. "Uma vez que o sujeito advém pela linguagem é, portanto, no próprio ato da articulação significante, isto é, na enunciação, que ele advém" (Dor, 1989, p.118).

O sujeito é, então, tanto o homem em sua divisa (às vezes dito "eu do enunciado" e "Eu da enunciação" ou sujeito) quanto os efeitos-sujeito, evanescentes, dessa divisão. Esses efeitos-sujeito podem produzir deciframen-

to na dissolução sintomática, e podem permitir a inscrição pulsional nas situações angustiosas, ainda não associadas às representações inconscientes já recalcadas (a referida dimensão real do inconsciente). O conjunto dessas possibilidades aponta para a mudança da posição do sujeito no sintoma; na fantasia fundamental, ou seja, para o modo como está constituída sua realidade psíquica entendida de modo mais estrutural; e também para as relações sociais e intersubjetivas. A definição do sujeito está inteiramente imbricada com a de inconsciente e com a de significante. "Há uma lei, constituinte do próprio sujeito, que é a repetição, e essa estrutura é isomorfa à cadeia significante" (Dumézil, 2005, p.49).

Quanto às transformações realizadas no conceito de transferência vale a pena destacar ainda, para sua aplicação ao trabalho com o grupo psicoterapêutico, a consideração de que o psicoterapeuta lacaniano ocupa a posição de Sujeito-Suposto-Saber, ou seja, os sujeitos iniciam o trabalho psicoterapêutico pela suposição de saber, e mais, de que esse saber está de posse do psicoterapeuta. A *performance* conceituada como "semblante de objeto" é um dos modos de neutralizar esse saber de mestria (de estatuto consciente), para fazer surgir o saber inconsciente do sujeito em sua relação com o Outro entendido como o próprio campo do simbólico. Desse modo, o psicoterapeuta de grupo, como o definido a partir da teoria de Lacan, situa-se no confronto da confusão entre a "hipótese de que há quem sabe" e a "hipótese inicial, do próprio sujeito, de que há saber". Para Lacan (1979), a transferência é antes transferência de saber, só logicamente depois vem o amor. Por isso a estratégia do trabalho no grupo psicoterapêutico consiste em fazer o sujeito concluir, por exercício da própria produção de saber inconsciente, sob transferência, que o saber em questão é de consistência inconsciente, e é atributo e encargo seu. É possível vislumbrar, também sob o prisma da transferência, essa importante oscilação discursiva, já assinalada entre os Modos de Produção Discurso da Histeria e Discurso do Analista. A seguir ainda serão apresentados maiores detalhamentos sobre esse ponto tão central para a realização do grupo psicoterapêutico nesta abordagem.

Grupalidade e grupalização

Costa (1989) critica a hipótese de uma possível "grupalidade" inerente ao grupo presente nos autores grupalistas. Um de seus argumentos é que

não há nos grupos características genéricas determinadas por processos inconscientes de grupo; a prova seria que a visibilidade do inconsciente só se sustentaria em eventos individuais. Por um lado, fica claro que sua concepção de inconsciente é apenas a de "outra cena", recalcado da história individual. Por outro lado, não dá suficiente destaque à observação de que o trabalho nos grupos psicoterapêuticos pode constituir um processo, em que os enunciados vão dando lugar aos efeitos de enunciação vindos dos enunciados, que podem retornar não apenas sobre quem os produziu diretamente; aliás, como o trabalho terapêutico dito individual, em que os efeitos, produzidos por terapeuta e sujeito do sofrimento, se dão preferencialmente o último. Sem dúvida encontramos na literatura específica várias modalidades de consideração da construção dessa "grupalidade" (Bion, 1975; Kaës, 1997; Anzieu, 1993), entre outros.

Quanto a nós, afirmamos a existência de uma "grupalidade" dos grupos, porém sublinhando que, no caso do grupo psicoterapêutico, ela só pode ser função do próprio trabalho de grupalização; ou seja, a constituição do grupo como um conjunto articulado "em transferência" é a parte do próprio trabalho, pelo qual toda a psicoterapia de grupo precisa iniciar. O funcionamento desse conjunto articulado, incluindo o psicoterapeuta, será o meio fundamental de sua eficácia terapêutica. Os indivíduos, tanto isoladamente quanto em grupo, formulam suas suposições de saber e, no mesmo movimento, designam o Outro em quem esse saber é suposto. Com isso são disparados todos os fenômenos da transferência conhecidos pela psicanálise, ao mesmo tempo que se criam as circunstâncias para a emergência de uma dimensão do saber inconsciente, como algo cuja produção pode ser também coletivizada. Essa modalidade do processo de trabalho grupal não ocorre por desenvolvimento espontâneo, ao contrário, supõe o psicoterapeuta como um operador decisivo. No limite de seus deslocamentos possíveis ele visa situar-se como agente (à esquerda, em cima) no Modo de Produção designado pelo Discurso do Analista.

Situado nessa posição, o psicoterapeuta possui uma operatividade singular, que pode ser designada como "semblante de objeto-causa" (situação em que é designado como objeto *a*), isto é, como aquele que não opera através de suprimentos de sentido ou quaisquer outros. É a posição consolidada da *performance* de suspensão do "saber de mestria", a que nos referimos anteriormente. Falando de modo ainda mais preciso, é a suspensão da mestria

atribuída ao psicoterapeuta, quando ainda situado no lugar do trabalho, no Discurso da Histeria, que permite a emergência do inconsciente sob transferência (como S1, à direita sob a barra); facultando aos sujeitos se situarem no lugar do trabalho (como $, em cima e à direita), caracterizando o Discurso do Analista. Como consequência desse posicionamento, o psicoterapeuta vai assumindo a postura e a ação designada como "semblante de objeto", que visa, sobretudo, situar o sujeito (nos dois sentidos definidos antes) no lugar do trabalho mais fundamental.

Essa suspensão da mestria é a condição mínima para que a partir do consciente, o inconsciente possa advir. Essa constituição do grupo como conjunto de trabalho "em transferência" faz que tudo o que é falado possa ser considerado como tendo possivelmente também outro sentido, tal como na situação dita individual; dito de outro modo, os participantes passam dos enunciados à enunciação através da qual pode emergir o sentido inconsciente. Esse saber produzido sob transferência pode abranger tanto o recalcado das histórias particulares – nesse caso o saber é necessariamente plural – quanto abranger um saber inteiramente novo produzido pelos encontros significantes no trabalho da "associação livre" individual e, sobretudo, grupal.

A compreensão deste último aspecto do saber produzido no grupo exige que se considere a definição do sujeito ($) como sempre social, "um significante que aparece no Outro"; e a definição do "significante da transferência" como um significante capaz de introduzir um corte no sentido produzido pelo sujeito, até então. A minha hipótese de trabalho é que essa circunstância corresponde à definição do significante mestre (S1) como enxame de sentido, enunciado por Lacan: S1(S1(S1(S1→S2))). O significante (S2) produzido nessas ocasiões opera por retroação sobre S1, "o significante que representa o sujeito para outro significante", tal como escrito no matema: S1-$(◊a)-S2. A coletivização dos significantes mestres quanto à sua produção é também um desdobramento da observação comum no campo lacaniano, de que o sujeito do inconsciente, não sendo individual, pode ser veiculado pelos significantes que emergem tanto no analisante quanto no analista. Convém lembrar mais uma vez que a transposição dessa hipótese da "produção de sujeito" para a situação do grupo psicoterapêutico exige a consideração do princípio das transferências cruzadas e a tese de que o grupo pode funcionar em "transferência de trabalho".

É importante sublinhar que, enfatizando desse modo a produção de saber, não se está negligenciando, de modo algum, todos os fenômenos da transferência como repetição, elucidados por Freud. Aparentemente minimizados no grupo, trabalhá-los é absolutamente necessário. Esse é um dos aspectos em que estamos aprofundando a pesquisa com grupos. Nossa experiência tem mostrado que a associação livre produzida pelo conjunto dos participantes do grupo tende aparentemente a estabelecer-se mais rapidamente ainda do que nas psicoterapias ditas individuais.

Esses encontros significantes, que comumente dependem das escansões vindas do psicoterapeuta, e são capazes de fazer advir sua dimensão de enunciação, parecem produzir-se com maior espontaneidade no grupo. Estabelecidos os vínculos resultantes das transferências cruzadas, cada um se deixa afetar pelas questões e pelas falas dos demais, de modo que se vai criando um "campo coletivo de enunciação"; de produção compartilhada de sentido. Produção que, entretanto, não pode ser confundida com a ideia de uma "enunciação coletiva", como se fosse o próprio coletivo que enunciasse abstratamente. Não há enunciação "em bloco". Ao terapeuta cabe uma função adicional de continência e até de amparo das associações, pois essas nem sempre aguardam o tempo de estabelecimento da "transferência de trabalho", o que pode imprimir ao trabalho no grupo certo caráter "selvagem" que é preciso evitar.

Considerar, portanto, a hipótese lacaniana do inconsciente, concebido como processo de produção de sentido através do encontro da dimensão enunciativa dos significantes, permite formular a concepção de uma produção coletiva de saber inconsciente (S1), hipótese que os psicoterapeutas de grupo não tinham antes. A propósito, é fundamental relembrar aqui nossa discussão inicial sobre as relações possíveis entre produção e apropriação.

A observação de que o "saber inconsciente" se produz nas brechas dos enunciados na intersecção e na intercessão dos dizeres demonstra um momento do processo grupal no qual aquele conjunto de pessoas pode engajar-se na produção de sentido, de modo a compor uma unidade de trabalho. Quando esse tempo – também tempo lógico – ocorre, isso permite perceber que a produção-apropriação de saber no grupo não é apenas de cada um para si, mas pode ser de um para "todos", e também de "todos" para "cada um". Nossa experiência indica que isso ocorre, sobretudo, à medida que se avança em direção à posição de transferência de trabalho como tônica

dominante, superando posições iniciais de demanda do saber (e de outros suprimentos), dirigidas ao terapeuta ou a outros participantes colocados imaginariamente no lugar do mestre supridor.

Essas transformações no grupo supõem alguma correlação com as mudanças em cada um de seus componentes, principalmente na atitude subjetiva em relação ao sofrimento e ao sintoma, cujo estatuto se espera que vá assumindo dimensão de enigma. Esse enigma, que até então só existia "como um querer dizer mantido em silêncio pela força do recalque" (Cabas, 2009), é efeito do trabalho psicoterapêutico. Liberada do recalque, a questão silenciada pode ser formulada ao próprio sujeito, na voz do Outro, ou seja, no retorno da enunciação sobre o sujeito. Ouvida, certamente essa é capaz de liberar da angústia. Não é demais lembrar mais uma vez que tais mudanças, entretanto, não precisam nem podem dar-se simultaneamente em todos os participantes do grupo.

O grupo psicoterapêutico como um dispositivo de produção para as práticas de Atenção no Sistema Único de Saúde (SUS)

Nossa experiência indica a pertinência da hipótese de que o grupo psicoterapêutico como proposto pode representar um meio de ação sobre um conjunto amplo de demandas por ajuda psíquica, multiplicando a eficiência da oferta de psicoterapias, e mesmo sua eficácia, sem necessidade de abrir mão do melhor da complexidade e efetividade de uma psicoterapia em que a psicanálise do campo de Freud e Lacan seja aplicada.

Consideramos também que a ética de uma psicoterapia grupal derivada da aplicação dessa psicanálise – ética expressa no referenciamento do sujeito ao desejo; ou, dito de outro modo, uma ética que põe como horizonte a construção de uma posição capaz de permitir-lhe situar-se em posição de escolha dos significantes que o representam. Certamente o argumento ético não é de modo algum desprezível para a proposição do grupo psicoterapêutico como, neste ensaio, se propõe realizá-lo. Seu exercício, e as reflexões sobre ele, podem resultar em conhecimentos importantes capazes de revigorar sua retomada pelas novas gerações de psicoterapeutas, sobretudo se tivermos em mente os princípios da Reforma Sanitária e as diretrizes do SUS, no qual estão inseridas as práticas da Atenção Psicossocial referenciadas teórica e eticamente no Paradigma Psicossocial (Costa-Rosa et al., 2003).

Questões finais

Um pré(texto) importante para a elaboração da primeira exposição dos resultados da minha reflexão sobre o trabalho do grupo psicoterapêutico realizado a partir da psicanálise de Jacque Lacan foi o livro de Jurandir Freire Costa (1989) *Psicanálise e contexto cultural*: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Trata-se de uma importante contribuição, entre as mais recentes, que procura explorar as possibilidades do grupo psicanalítico a partir da teoria do imaginário de Jacques Lacan, para escapar aos impasses das teorias dominantes que fazem algum tipo de homologia entre o grupo e o indivíduo considerados como unidade. O impasse principal surge quando se trata de pensar os acontecimentos inconscientes no grupo. Ele aparece mais comumente traduzido pelo dilema: "inconsciente do grupo versus inconsciente no grupo". Uma leitura mais completa de todo o livro deixa entrever que a solução oferecida ainda permanece no mesmo plano do problema, ou seja, o que parece criar os impasses mais intransponíveis à proposta apresentada é, na realidade, a circunscrição da ação da psicoterapia de grupo ao âmbito do imaginário, portanto, sem levar em conta a dimensão simbólica e real dos acontecimentos no grupo. Costa (1989, p.52) considera o grupo como produtivo e especifica sua produção: "Ficou comprovado que a produção de sentido, compatível com o reequilíbrio narcísico e a transformação do quadro sintomático dispensa a doutrinação do paciente". "Reequilíbrio narcísico e dissolução sintomática", mesmo sem doutrinação, parece pouco para a ética da psicanálise aplicada ao grupo.

Restringe sua visão do inconsciente à versão de Freud, como recalcado da história individual. Ora, naturalmente é muito difícil pensar, nesse plano, um inconsciente que não seja sinônimo de recalcado da história, e esta só pode ser a de cada participante do grupo. Isso parece limitar profundamente o alcance do seu trabalho, embora não tire o mérito de sua contribuição à psicoterapia de grupo. A ampliação da visão da psicoterapia para além do imaginário permite ampliar a concepção do inconsciente como não sabido/recalcado da história, na direção de uma concepção adicional do inconsciente como produção dinâmica de sentido. Essa ampliação é uma das contribuições de Lacan à teoria freudiana do inconsciente, derivada da concepção do sujeito como "isso que um significante representa para outro

significante", isto é, um sujeito como "aquilo que aparece como um significante no Outro"; portanto, algo muito diferente de um indivíduo, embora este seja necessariamente o seu suporte.

Ao restringir a definição do inconsciente, acaba restringindo, na mesma medida, a concepção da transferência, da função do psicoterapeuta e do fim/finalidade da psicoterapia de grupo, embora acrescente a indicação de que a concepção de transferência pode ser ampliada, justamente na perspectiva aberta por Lacan (cita Michel Silvestre, num texto de 1987 sobre o tema). O mais interessante do trabalho apresentado são, sem dúvida seus resultados empíricos, cujo alcance ultrapassa os limites da teorização.

Na perspectiva que procuramos apresentar, o grupo psicoterapêutico é um dispositivo de produção de subjetividade singularizada. Ou seja, muito mais que produzir dissolução de sintomas e reequilíbrio narcísico, o que se trata de produzir é engajamento desejante, passando pela implicação subjetiva e pela destituição imaginária; permitindo o reposicionamento do sujeito nos significantes que o representam, e do indivíduo nos conflitos e contradições em que ele é atravessador-atravessado. A transformação do quadro sintomático só será visada na medida em que ele puder sair do lugar de objeto passivo dos efeitos desses impasses e puder localizar-se aí como agente nessa conflitiva.

Se não quisermos simplificar demais a consideração da produção do grupo psicoterapêutico, temos que especificar que esses efeitos são efeitos de sujeito sobre sujeito. Sujeito em dois sentidos e efeitos também em dois sentidos. "Minha hipótese é a de que o indivíduo que é afetado pelo inconsciente é o mesmo que constitui o que chamo de sujeito de um significante" (Lacan, 1982, p.194). O sujeito definido como efeito da entrada do homem no simbólico, o que nos permite distinguir um indivíduo com inconsciente e com história – aqui podemos anotar os efeitos de deciframento sintomático. E o sujeito que se apresenta como um significante no Outro – o sujeito que definiremos como *clinâmen*, como corte, por ser efeito de repetições significantes superpostas – ao modo do significante da transferência com potência de interpretação, conforme assinalado anteriormente. Aqui devemos anotar os efeitos do significante a que já nos referimos, e que são capazes de modificar o posicionamento do sujeito em relação ao sintoma, ao gozo e ao desejo propriamente ditos. Modificações na sua posição em relação à fantasia fundamental, estruturante da realidade psíquica.

Essa é a meta ética do trabalho a partir do campo de Freud e Lacan, mas não podemos deixar de constatar que a oferta da psicoterapia de grupo está atualmente condicionada a um campo severamente marcado pela pregnância de um tipo de oferta de possibilidade transferencial: um saber da ciência agenciador de suprimentos químicos, ornamentado por "disciplinas auxiliares"; e marcado também por uma forma particular de manifestação da demanda: como pedido de suprimentos, de medicalização diante de quaisquer indícios de perda da funcionalidade do sintoma. Esse contexto tem-se mostrado um obstáculo cada vez maior, que soma do lado das resistências ao trabalho grupal, tanto por parte dos sujeitos do sofrimento quanto pelos próprios terapeutas. Sem o reconhecimento desses fatores é pouco provável que consigamos a determinação e a persistência que são necessárias a uma práxis e a uma pesquisa tão contrárias à lógica dominante nos processos de subjetivação da hipermodernidade.

Finalmente, conceituamos o grupo "em identificação horizontal, ao invés de identificação vertical. Um grupo que não se baseia no ideal do Um (da unificação, universal), mas que deixa existir o particular do sujeito promovendo a heterogeneidade inassimilável a qualquer fusão identificatória" (Laurent et al., 1998, p.259). Devemos introduzir aqui uma observação necessária: não há particular do sujeito sem um universal. Em outros termos, podemos dizer que o grupo, como dispositivo de produção, é necessariamente coletivo, mas a apropriação daquilo que é produzido coletivamente é primeiramente individual (Barus-Michel, 2004), tal como o próprio sofrimento. A situação aqui é bem mais complexa do que na produção comum, pois, como sabemos, no trabalho psíquico produção e consumo constituem um único ato, que supõe o mesmo sujeito como protagonista. Portanto quando falamos em produção coletiva, trata-se da produção dos S1, "o sujeito como significante no Outro", a que nos referimos acima, na qual está presente o sancionamento simultâneo, portanto, transindividual disso de que, então, podemos dizer que opera como produção/apropriação coletiva.

Há aqui, entretanto, um outro aspecto desse paralelo com o velho impasse do Modo Capitalista de Produção: produção coletiva do sofrimento versus apropriação individual do tratamento/cura. A simples coincidência do paradoxo já é suficiente para nos intrigar. Como resolvê-lo senão fazendo rebater os sintomas e o sofrimento sobre os fatores coletivos supostos da

sua produção? Ainda que esses fatores só produzam seus efeitos no encontro com as condições particulares dos sujeitos singulares.

Quem pensar sobre dimensão coletiva da produção em termos amplos, não só do "tratamento", mas sobre o próprio processo de produção saúde-adoecimento-Atenção; verá que há no sofrimento e no sintoma "um particular" que se contrapõe dialeticamente a tudo que, nesse momento se afirma como "universal". Dito de outro modo, certos sintomas fazem objeção ao instituído social e familiar dominante e podem ser tomados como analisadores desse instituído. Fazer o particular dos sintomas e do sofrimento rebater-se sobre as condições mais gerais de sua produção é uma possibilidade a mais de atingir a singularidade da práxis do trabalho com o dispositivo grupal. Esse é mais um modo de propor mossa definição de saúde psíquica e subjetiva, em cuja produção procura inserir-se o dispositivo grupal como um dos meios possíveis da práxis de intercessão que nos cabe ante os efeitos da Demanda Social que nos interpelam. Efeitos que se manifestam desde os pedidos mais explícitos e articulados até aqueles que só podem se expressar nas formas menos comuns do "significante", indo da "passagem ao ato" ao *acting out* e do grito ao silêncio.

8
Uma ética para a Atenção Psicossocial: o cuidado em análise

O objetivo central deste ensaio é discutir a possibilidade de uma ética pertinente ao conjunto de ações atualmente realizadas sob o enfoque da Atenção Psicossocial no campo nomeado Saúde Mental Coletiva. Como base para esse objetivo é oportuno examinar criticamente algumas formulações importantes sobre o tema da ética, já existentes no campo da Psiquiatria e da Saúde Mental.

Uma primeira observação geral mostra que na base teórica da formação dos diferentes profissionais ainda é rara a referência a concepções da ética que escapem à deontologia, isto é, que possam ir além da preocupação com o que se deve ou não fazer, de acordo com o senso humanitário corrente ou com os códigos estabelecidos pelas disciplinas profissionais que atualmente trabalham nesse campo da Saúde. Esse é certamente um dos fatores que fazem com que, no campo da Saúde, o sujeito a quem se dirige a Atenção,[1] fique

1 Proponho a utilização do termo Atenção com inicial maiúscula para referir o conjunto de ações realizadas no campo da Saúde Mental, geralmente denominadas tratamento, cuidado, promoção e mesmo atenção. Quanto ao sujeito a que se dirigem essas ações, opto por denominá-lo *sujeito do sofrimento*, procurando conservar a ambiguidade criativa do termo sujeito, em lugar dos termos mais comuns: paciente, usuário, portador de sofrimento etc. Por outro lado, é consenso relativamente antigo entre os analistas e críticos do campo da Saúde a grafia com iniciais maiúsculas da locução "Saúde Mental" quando refere justamente esses âmbitos da teoria, das práticas e das políticas; a mesma locução grafada com iniciais minúsculas refere um determinado estado do processo "saúde-adoecimento-Atenção" de um indivíduo ou grupo populacional. Quanto à locução "Saúde Mental" em si, sua aplicação torna-se necessária a partir do período da história brasileira relativamente recente, no qual uma série de outras disciplinas passou a disputar, de direito e de fato, um campo que até então era exclusivo da psiquiatria.

comumente ausente das ações e discussões, ou apenas seja considerado em posição lateral de objeto das ações, com o qual, então, se deve ser mais ético ou menos ético. Algumas vezes chega-se a propor que ele seja convidado para uma cogestão dos processos de produção da Atenção de que será objeto (Merhy et al., 2002); e na "melhor" das hipóteses, ele é "incluído" em parcerias que supõem que suas ações vão apenas até o limite da ação dos agentes sociais ou terapeutas pretensamente identificados com suas "causas". Não é difícil levantar a hipótese de que a ausência do sujeito nessas discussões sobre a ética é apenas a aparência fidedigna da sua objetificação efetivada em maior ou menor grau, decorrente do paradigma disciplinar "sujeito-objeto" e do princípio médico "doença-cura", que predominam, mesmo nas ações e proposições interprofissionais do campo denominado Atenção Psicossocial.

Do plano geral da nossa análise não pode escapar, entretanto, o contexto e o momento histórico em que estão situadas as instituições e as práticas, cuja análise se pretende pôr em foco. A partir das últimas duas décadas do século passado, o setor Saúde tem sido alvo de importantes movimentos reformistas com significativa base popular. De seus efeitos imediatos é oportuno destacar a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), lastreado em diretrizes radicais: universalidade na abrangência populacional, descentralização político-adminsitrativa, integralidade na realização das ações, e horizontalidade das formas de gestão do sistema, com participação da população em seu planejamento, gestão e controle. É nessa moldura ampla de transformações, que se destacam as reformas do subsetor nomeado campo da Saúde Mental – alvo também dos efeitos dessa reforma geral da Saúde que continua em processamento –, imprimindo, todavia, uma fisionomia própria às transformações operadas nas suas instituições e práticas específicas: Reforma Psiquiátrica são os termos mais amplos que têm designado esse conjunto de transformações da Atenção ao sofrimento psíquico em suas diversas formas. A partir da primeira década deste século XXI, a Reforma Psiquiátrica continua em pleno movimento com diferentes inflexões de direção e sentido: para os objetivos deste ensaio interessa destacar as transformações que parecem visar também a transformação do próprio paradigma da Psiquiatria, nomeadas com os termos Atenção Psicossocial. Esta, a partir de algumas das suas práticas e caracterizações teóricas atuais, tem dado o tom ético-político às ações do Ministério da Saúde para a Atenção aos impasses do sofrimento psíquico, no contexto do SUS.

Partiremos da análise crítica de algumas formulações importantes sobre o assunto presentes no livro *Ética e Saúde Mental* (Figueiredo; Silva Filho, 1996), no qual encontramos um conjunto de ensaios que traçam um interessante panorama sobre a questão da ética concernente ao campo da Atenção ao sofrimento psíquico. Aí duas vertentes de análise podem ser destacadas: as éticas disciplinares (com destaque para as chamadas éticas da psiquiatria) e as éticas fundadas em concepções filosóficas ou psicanalíticas do sujeito humano e seu sofrimento.

O material de análise que fundamentará a proposta da ética para a Atenção Psicossocial que se pretende apresentar neste ensaio incluirá, ainda, o exame de uma tentativa importante de suplementar criticamente as éticas da psiquiatria, sob o enfoque das chamadas "éticas dos cuidados" (Ferreira, 2000). O tema do cuidado, presente de forma generalizada nos discursos e mesmo nas práticas dos trabalhadores do campo da Atenção Psicossocial, no momento atual, justifica, por sua vez, que se abra algum espaço para uma análise daquilo que vários autores do campo vêm denominando ética do cuidado e seus fundamentos filosóficos (Maia, 2009)

Finalmente, empreenderemos a tentativa de caracterização da ética que nos parece pertinente e necessária ao campo da Atenção Psicossocial, procurando tirar proveito de algumas formulações da psicanálise do campo de Freud-Lacan, sobre a ética (Lacan, 1988, 1992).

Éticas disciplinares

Embora comumente apresentadas como éticas da psiquiatria, e tributárias de acúmulos forjados ao longo da historia dessa disciplina e suas reformas, a análise dessas éticas, bem como da "ética do cuidado", deve servir de base para a discussão das práticas das equipes interprofissionais que atualmente compõem os meios de trabalho das instituições originadas da Reforma Psiquiátrica: Centros de Atenção Psicossocial (Caps), as Equipes de Atenção Ambulatorial e Equipes Matriciais de apoio à Estratégia Saúde da Família, entre outras. Nessas equipes, a Psiquiatria é um dos componentes, ao lado da psicologia, da enfermagem, do serviço social, da terapia ocupacional e de outras disciplinas e fazeres artísticos recém-chegados. Às vezes, encontra-se também a psicanálise, geralmente "psicanálise aplicada", tanto

ao campo da clínica aí exercida quanto às considerações éticas dessa práxis. A constatação dessa diversidade profissional nos obriga a vislumbrar que a formulação de uma ética para as práticas da Atenção Psicossocial deverá tanger necessariamente a questão da interprofissionalidade; às vezes, apressadamente chamada transdisciplinaridade, ainda abordada apenas sob o prisma da transposição das fronteiras entre disciplinas (Almeida Filho, 1997; Nunes, 2002; Furtado, 2008; Minayo, 1991).

É necessário notar que a apresentação da ética da psiquiatria e da "ética do cuidado" já é feita por seus autores em uma perspectiva crítica, de forma que nossa contribuição a uma ética própria à Atenção Psicossocial procurará, em princípio, somar outros argumentos àqueles apresentados por esses autores. Veremos se é possível demonstrar que essa ética singular é uma exigência da própria Atenção Psicossocial, configurada segundo um paradigma que pretende superar dialeticamente o das "psiquiatrias reformadas" (Costa-Rosa et al., 2003; Costa-Rosa, 2000).

Ética da tutela

A ética da tutela é apresentada como circunscrita ao campo da psiquiatria medicalizadora e asilar.[2] A partir dela o sujeito do sofrimento é visto como não mais tendo razão ou vontade; por isso pode ser juridicamente interditado pelas possíveis consequências de seus atos futuros. Fundada numa "razão instrumental", essa ética define o agente como o único detentor dos meios técnicos capazes de resolver os problemas, frente a um sujeito absolutamente carente de meios e possibilidades (Costa, 1996).

Ciosamente fundada numa causalidade fisiológica do sofrimento psíquico, tal ética opera por exclusão da subjetividade, sobretudo daquilo que, desta, pode se expressar no protagonismo que ainda é esperado do indivíduo para ações no processo de seu tratamento. A exclusão do saber inconsciente do sujeito sobre o sofrimento de que se queixa, e mesmo de qualquer

---

2 Esse setor é predominante na psiquiatria, e ainda insiste em designar o campo da Saúde Mental (conjunto das práticas e saberes sobre a saúde e os impasses psíquicos) como campo da psiquiatria; aí ainda são utilizados, com aparente tranquilidade, expressões como "doenças psiquiátricas", "práticas psiquiátricas ou práticas assistenciais em psiquiatria", "éticas psiquiátricas"; como se fossem sinônimos de "impasses psíquicos ou mentais", "práticas em Saúde Mental", "éticas da Atenção ou do tratamento em Saúde Mental".

saber, complementa os fundamentos principais da tutela. Daí que as ações do trabalhador junto a ele possuam sempre um tom prescritivo-pedagógico acentuado.

Trata-se claramente de mais uma das formas da radical objetivação/objetificação do sujeito, consequência das heranças da ciência positiva em que se situa a origem dessa modalidade da psiquiatria. A ética da tutela tem sido alvo de críticas severas e de reformulações, propostas pelas práticas e discursos da Reforma Psiquiátrica. Mas ela ainda permeia as ações das psiquiatrias reformadas que têm mantido intacto o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM)[3] em que pautam suas ações. Nas ações da Atenção Psicossocial também notamos sua presença insidiosa, como retorno do instituído das lógicas, organicista e asilar, ainda insuficientemente criticadas e, portanto, longe de serem superadas.

Essa ética é, na realidade, remodelada pela psiquiatria no tempo do desenvolvimento dos psicofármacos "eficientes" (Laurent, 1995). Seus agentes calçam-se agora mais facilmente na pretensão de sua operatividade como medicina, argumento de incontestável cientificidade que, frente ao sofrimento psíquico, lhes permite assumirem o corpo dessubjetivado como metonímia do indivíduo e do sujeito.

A tutela e, eventualmente, a invalidação, são ainda mais facilmente realizadas através da inclusão dos indivíduos no continente dos simultaneamente excluídos da produção social comum e inseridos no consumo de psicofármacos. Esse velamento da exclusão está perfeitamente coadunado com o amálgama das estratégias da "sociedade disciplinar" e "sociedade de controle", e o com o cerne do discurso ideológico da economia neoliberal globalizada: agora o tema da inclusão surge como substituto do velho lema da adaptação social. Aí se esconde uma das proezas de nossa forma societária, à qual essa modalidade de psiquiatria parece conseguir responder com eficiência assombrosa: excluir pela inclusão e incluir pela exclusão.

A ação dos medicamentos modernos permite dispensar a reclusão manicomial (mantida apenas por uma espécie de atavismo preguiçoso que persiste em alguns setores da Psiquiatria); ao mesmo tempo mantém a velha exclusão social da produção e do consumo, a que historicamente estão sub-

---

3 Ver o ensaio 1 "Modos de produção das instituições na Saúde Mental Coletiva: efeitos na terapêutica e na ética ou a subjetividade", neste livro.

metidos esses indivíduos. Agora eles podem ser incluídos, por sua redistribuição no território, ainda mais verossimilmente na categoria dos usuários-consumidores, da qual ninguém mais deve ser excluído. Essa nova vertente da psiquiatria pautada na ética da tutela não pode passar despercebida, por sua *performance* medicalizadora[4] de verdadeiros contingentes de indivíduos que se queixam de "novos" sintomas e sofrimentos, muito mais relacionados aos impasses da vida subjetiva cotidiana do que daqueles pertencentes aos tipos clínicos estabelecidos classicamente pela ciência psiquiátrica.

A função de "distribuidores de produtos", de um contingente cada vez maior de psiquiatras, está tão perfeitamente alinhada à lógica da sociedade de consumo, que a astúcia dos representantes dos laboratórios (diferentes propagandistas e publicitários) chega a tomar de assalto até mesmo os preceitos éticos mais básicos de muitos deles, que se rendem à poderosa lógica social expressa no lema de que *tudo se pode curar e já*, através dos medicamentos. O assédio agressivo dos laboratórios, somado ao "apelo narcísico" das imensas filas de espera pelo *phármakon* precioso, parece suficiente para assegurar a esses psiquiatras a evidência imediata da suprema relevância social de sua prática; evidência que também parece suficiente para garantir o alinhamento daqueles, por ventura, ainda indecisos. Por se tratar de problemáticas que na maioria das vezes não cedem ao manejo químico – pois exigem uma tecnologia mais complexa, lamentavelmente ainda ausente da maior parte das instituições públicas; mesmo sendo essa uma diretriz central do discurso da política pública oficial vigente no país para o setor da Saúde Mental– esses psiquiatras parecem ser induzidos a uma conduta de "pensar melhor depois", quando as queixas se mostram insistentemente persistentes, ou quando os efeitos secundários iatrogênicos da "medicalização" começam a ficar notáveis e preocupantes.

Nesse processo, o próprio psiquiatra não fica sem sua contraparte. A apatia não é rara, uma espécie de blindagem denegatória contra a divisão subjetiva angustiosa; quando não ocorre sua total abolição. Vê-se então uma estranha forma de abolia que não deixa de conotar, muitas vezes, a posição cínica, um dos modos contemporâneos predominantes de defesa

---

4 Ela merece essa definição, sobretudo pela utilização *a priori* e sem limite dos psicofármacos para todo tipo de situação, até mesmo na ausência de qualquer sofrimento definido como tal. Ver também o ensaio 5 sobre a medicalização, neste livro.

contra a angústia resultante da "divisão subjetiva", e mesmo da culpa, em diferentes circunstâncias. Muitos são os que concordam que essa ética da tutela adquiriu novos contornos na atualidade, porem maior, ainda, é a unanimidade em constatar a presença de verdadeiras epidemias de medicalização (Quinet, 2006; Laurent, 2004; Roudinesco, 2000).

Antes de concluir estas considerações sobre a ética da tutela, vale a pena observar como o apego das psiquiatrias reformadas à lógica paradigmática tradicional gera uma espécie de ambiguidade quanto à manutenção ou abolição da internação manicomial, mesmo quando os avanços dos psicofármacos demonstram inequivocamente sua obsolescência. Algumas vezes a psiquiatria reformada admite a inclusão da equipe chamada interprofissional como parte de seus meios de ação, mesmo que como seu auxiliar secundário – nesse caso é perfeitamente capaz de dispensar a tecnologia básica do Manicômio, entendido como conjunto arquitetônico, mobiliário, e suas outras "máquinas de curar" –, mas esse trabalho em equipes ainda parece infinitamente longe de desinstitucionalizar a sua lógica de instituição total e disciplinar (Gofman, 1987; Rotelli et al., 1990).

Outras vezes essa psiquiatria consegue conjugar perfeitamente o "Manicômio químico" com a figura da velha exclusão-reclusão, agora retocada no "novo Hospital Psiquiátrico", sempre disposto a abrir suas portas; mesmo na presença das equipes interprofissionais que agora compõem seu conjunto de trabalhadores. A propósito, é ilustrativa a situação dos "usuários" de drogas moradores de rua nos grandes centros urbanos, durante os primeiros anos da segunda década do século XXI. Transformada em epidemia pelos meios de comunicação de massa e pelos discursos aloprados de supostos especialistas, rapidamente se transformou em motivo e oportunidade para se lançar mão de velha exclusão-reclusão. Mesmo maquiada com tons assépticos, permanece indisfarçável seu furor de cruzada higienista, chegando-se mesmo ao extremo de revigorar a velha figura infame da "internação compulsória". Quem se atreveria a duvidar de que se trata, ainda, da velha psiquiatria tutelar no exercício pleno de seu atávico mandato social? (Brasil, 2012).

Ética da interlocução

Ainda integrando as éticas disciplinares, somos apresentados à ética dita da interlocução, também chamada de moral privada, como uma versão

que "convive" com a ética tutelar (Costa, 1996). Não fica suficientemente indicado se o autor vê ou não alguma pretensão dessa ética em apresentar-se como alternativa dialética à ética tutelar. Entretanto, o modo como a descreve indica tratar-se de um conjunto de ações que florescem ao lado da psiquiatria fazendo muito mais um papel de suplemento alternante do que algo que aspire a questioná-la sob qualquer ponto de vista. Para ele, essa ética operaria a redução extrema do tratamento à transformação pessoal do indivíduo baseada em técnicas consultoriais ambulatoriais.

Pode-se perceber que, para essa ética, a visão do sujeito como indivíduo portador de razão e vontade é complementada pela ideia de seu protagonismo possível nos planos da consciência, da vontade e da ação pessoal; nos quais as transformações terapêuticas são vislumbradas. Aí residiria também uma de suas maiores fraquezas: sua incapacidade de atingir o plano das contradições sociais mais amplas, base dos impasses individuais. Atuando no plano de relações intersubjetivas igualitárias, ter-se-ia conseguido a dupla proeza de barrar a onipotência do especialista, limitando seu poder sobre o "paciente"; e ao mesmo tempo acionar a alavanca capaz de estimular o protagonismo do sujeito na luta contra os constrangimentos que o afetam.

Na ação "terapêutica" fundada nessas premissas, os participantes são coparticipantes, e permanecem ativos no mesmo plano (da consciência e da vontade, em ações individuais e pessoais). Nas psicoterapias realizadas sob o horizonte dessa ética não se diferenciam as heranças da psicanálise (que nesse caso é incluída à custa do total esquecimento de suas origens freudianas, portanto, reduzida a uma "psicologia do ego"), das heranças das psicologias humanistas como a de Carl Rogers com sua não diretividade e "aceitação incondicional do cliente", ou de práticas de conversação de cunho mais ou menos pedagógico. Daí o conhecido afã desses agentes na conjugação eclética de técnicas que variam desde acolhimento, apoio, motivação, sensibilização, aconselhamento, orientação, persuasão, até recursos de autoajuda e mútua ajuda; não raro contando com a parceria paralela dos agentes que, em maior ou menor grau, medicalizam esses mesmos impasses enfrentados pelos indivíduos.

A ética da interlocução apresenta-se como uma espécie de híbrido da anterior, pois continuamos com um processo de produção da Atenção no qual o terapeuta é o agente principal, mesmo barrado em sua onipotência; e com um "paciente", mesmo potencialmente protagonista das transforma-

ções necessárias ao seu tratamento. Pode-se dizer também que as ações não escapam à sintonia com a ética do indivíduo liberal portador de consciência, autodeterminação e protagonismo individuais.

De fato não vemos nas descrições e análises das práticas realizadas sob a perspectiva desta ética nenhuma que destaque qualquer ação profissional capaz de almejar o âmbito das contradições sociais, como foram elucidadas a partir dos estudos do materialismo histórico e de seus desdobramentos posteriores; tão pouco se veem teorizações e ações minimamente consequentes com a complexidade do psiquismo acrescentada pela psicanálise do campo de Freud-Lacan aos estudos da subjetividade e do campo das psicoterapias. Não resta dúvida de que ainda se está bem distante da modalidade de subjetividade exigida pela revolução paradigmática da ética que convém à Atenção Psicossocial.

Para melhor se perceber como essa ética ainda recusa a modalidade da subjetividade exigida pela ética da Atenção Psicossocial (substitutiva das éticas tutelares) é preciso tentar vislumbrar os processos de subjetivação sob o prisma do sujeito tal como é concebido pela psicanálise do campo de Freud-Lacan: trata-se, por um lado, do sujeito que engloba indivíduo mais o inconsciente; por outro, ao mesmo tempo o sujeito enquanto acontecimento significante, como irrupção mais ou menos intempestiva do sentido inconsciente na realidade da consciência, e que tem a potência de cifrar as vivências angustiosas até então inomináveis pelo indivíduo, isto é, sujeito como "aquilo que aparece como significante no Outro" (Lacan, 1982).[5]

Como se pode perceber, uma revolução no paradigma da Atenção Psicossocial – e convém sublinhar já que esta inclui necessariamente as práticas de uma psiquiatria particular, como parte do conjunto dos seus trabalhadores – exige que se vá além da conceituação e das práticas, por si mesmas já essenciais, que concebem o sujeito como "entre semelhantes", ou seja, como sujeito social com todas as implicações e desdobramentos disso; até alcançar a dimensão do sujeito "entre significantes", isto é, como sujeito de sentido e significância. A consideração de um "entre" duplicado se desdobra na tese de que apenas um sujeito assim concebido e "realizado"

5 Aqui é necessário considerar o significante a partir das elaborações de Lacan posteriores à sua teoria da centralidade do simbólico na organização dos processos psíquicos. Com a inflexão teórica nomeada Clínica do Real, o significante é conceituado simultaneamente como vetor de sentido e de pulsão (gozo).

pode ter a possibilidade produzir o saber inconsciente (dimensão especificamente subjetiva), e o saber sobre o "não sabido" das formações sociais que necessariamente atravessam os processos de subjetivação; esses saberes são os únicos capazes de interferir de forma radical no seu sofrimento e nos demais impasses. Daí também decorre a necessidade radical de que seja ele, e não outro qualquer, a efetivar essa produção. Dessa forma se desvela um Modo de Produção de subjetividade e subjetivação absolutamente singular em relação aos modos historicamente definidos antes da revolução freudiana. É evidente, portanto, que com um sujeito assim conceituado ficamos a anos-luz das proposições do voluntarismo heroico da ética da interlocução, que faz tábula rasa das contradições concretas nas quais os indivíduos são necessariamente atravessadores atravessados; sejam as contradições consideradas a partir do plano social ou psíquico, ou de sua interconexão mútua.

Ética da ação social

Em terceiro lugar, somos apresentados à ética da ação social também chamada ética pública, por oposição à moral privada que caracterizaria essencialmente a ética da interlocução. Nela, o sujeito e o agente são definidos como "companheiros de viagem", pares dispostos a renovar o instituído e a abrir espaço para outras formas de ação, interação e integração social que não as estabelecidas pelo instituído das instituições particulares, e pelo consenso ideológico dominante.

Aparentemente em referência à ética da interlocução, a ética da ação social põe em primeiro plano uma "identidade subjetiva que não diz respeito à identidade psicológica ou biológica do sujeito" (Costa, 1996, p.31). Porém, há outra diferença fundamental entre as duas na medida em que na ética da ação social pareceria subordinar-se a ação propriamente terapêutica a "uma ação política real", beirando perigosamente o risco de que, em muitos casos, uma acabe eclipsando a outra por completo.

Talvez por isso Costa (1996) seja levado a afirmar que o ideal da assistência realizada, segundo esta ética "quase faz equivaler virtudes políticas a virtudes terapêuticas" (ibidem, p.31); seus alvos são "casos graves, atingidos ou abandonados pela psiquiatria", ou os excluídos do estatuto de pessoa e dos direitos humanos; minorias que costumam ser alvos da ação

social comum (ibidem, p.32). Ao que parece tratar-se-ia também de situações em que a presença exclusiva da psiquiatria já não pode ser tida como inequívoca, por razões diversas; com destaque para o fato de que agora os psiquiatras compartilham esse "objeto" com os "Trabalhadores da Saúde Mental", reconhecidos como conjunto interdisciplinar bastante amplo em sua diversidade profissional.

Sua crítica parece ter como endereço todo o conjunto dos agentes que, a partir da década de 1980, tomam como referentes da sua ação uma parte do extenso contingente de "excluídos" dos bens sociais, dos direitos civis, e da própria ação tradicional da psiquiatria, que há muito batem à porta das instituições de Atenção à saúde. Esse novo conjunto de trabalhadores da Saúde se inspira num ideário de espectro amplo, porém com importantes pontos em comum, originado da leitura e dos contatos com as experiências históricas mundiais de contestação e reforma da psiquiatria asilar e tutelar; principalmente a Psiquiatria Comunitária, a Antipsiquiatria, e Psiquiatria Democrática italiana (Fleming, 1976; Rotelli et al., 1990).

Neste ponto da crítica de Costa podem ser claramente identificadas referências importantes: ações que se pautam pela colocação da doença entre parênteses (Psiquiatria Democrática Italiana) para se referir ao sujeito como *existência-sofrimento* em sua relação com o corpo social amplo; o que levou a formular uma noção de cuidado concebido principalmente como "apoio" para o enfrentamento dos impasses reais, sobretudo no plano dos efeitos desses impasses sobre a "contratualidade social" dos indivíduos (sua capacidade de realizar trocas nos planos do hábitat social geral, da economia e da intersubjetividade); contratualidade essa que é dificultada e mesmo subtraída pelas ações de exclusão e reclusão comumente pautadas pela ética da tutela manicomial (Amarante, 1996; Saraceno et al., 1997; Rotelli et al., 1990). Pode-se ainda depreender dessas críticas de Costa outro alvo mais ou menos rarefeito sob a noção ampla de cuidado (nesse ponto fala em ética dos cuidados em referência a uma ética do sofrimento). Poder-se-ia ver aí também uma referência à noção de cuidado tomado a partir da tradução cristianizada do *Sorge* heideggeriano, na qual o "cuidar-se" foi assimilado ao "cuidar de", algumas vezes resvalando para posições perigosamente próximas da solidariedade fraterna (Heidegger, 2006; Costa-Rosa, 2011).

Na análise realizada neste ensaio, está fora de questão exigir do texto/palestra de Costa algo além daquilo que ele "prometeu"; ou seja, trata-se

de uma crítica datada da primeira década de 1990 sobre práticas recém-implantadas, como é o caso da política de criação de Ambulatórios de Saúde Mental, num desdobramento direto da Psiquiatria Comunitária americana na metade da década de 1980; e da "experiência dos Centros de Apoio Psicossocial" em Santos (SP), no final da mesma década (Costa-Rosa, 1987; Nicácio, 1994). Passadas praticamente duas décadas desses pioneiros marcos históricos, temos outro panorama, no qual está incluída a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) sustentado num ideário amplo de reformas que atingem a psiquiatria, criando um empuxo à transição paradigmática em alguns de seus flancos (Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial). Agora temos ao alcance da vista até mesmo essa espécie de reverberação em eco da política pública do SUS, que é o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) como política de Estado/Governo, cujas práticas podem certamente tirar proveito da reflexão e da crítica feita sobre a ética da ação social.

Para concluir a análise deste tópico, parece importante considerar que ao referir-se á ética da ação social Costa (1996) aproveita a oportunidade para criticar o teor das reformas da psiquiatria tutelar, insinuando que as éticas que a sucedem estão mais para deformações do que aperfeiçoamentos da psiquiatria. Talvez não se possa negar pertinência a alguns de seus argumentos, pois, numa visada geral, de fato não é tão difícil encontrarmos propostas cujo teor e ação se detêm no plano estritamente político, com o qual pretendem estar suficientemente munidas para dar conta da complexidade e variedade dos impasses psíquicos e seus efeitos; talvez se pudesse dizer que caem numa redução da Clínica à Política. O alinhamento, mesmo que eventualmente inadvertido, de um conjunto dessas ações com os princípios da ética liberal e neoliberal se traduz pela crença inabalável de que o plano jurídico e formal, das proposições e mesmo das conquistas, é suficiente para a obtenção da igualdade e da liberdade entre os indivíduos, com isso tais propostas se arriscam sobre o fio da navalha do engajamento numa fraternidade que recusa o plano das contradições reais e mesmo dos impasses psíquicos da natureza inconsciente, que facilmente ganha ares samaritanos. É a mesma crítica já dirigida às práticas agregadas acima sob a ética da interlocução, até por que as práticas individualistas de teor psicologizante e voluntarista não deixam de existir no interior das ações, cujo contexto histórico e institucional corresponderia à ética da ação social.

O mais interessante aqui, entretanto, é não perdermos de vista o trigo, mesmo nas searas em que o joio pareceu ou parece predominar. Basta evocar um conjunto de experiências que têm sido desenvolvidas dentro dos princípios e diretrizes da Atenção Psicossocial, principalmente ao longo das duas últimas décadas. Elas são absolutamente significativas por seu volume e por seu poder de demonstração efetiva da possibilidade teórica, técnica e ético-política de implantação de novos modos de tratar o sofrimento psíquico fora do paradigma dominante instituído na psiquiatria. Ao mesmo tempo, as novas práticas da Atenção Psicossocial demonstram em suas ações cotidianas a possibilidade efetiva de substituir esse paradigma; portanto, operam inevitavelmente à revelia dele.

Mas é necessário sublinhar a importância de não se minimizar as resistências e as dificuldade historicamente demonstradas, em meio às quais a práxis da Atenção Psicossocial tem avançado. Não se podem perder de vista dois sentidos bastante distintos em que devem ser consideradas as reformas da psiquiatria em seu percurso atual. No alvo visado por Costa certamente estamos diante de uma espécie de amálgama crítico da psiquiatria tutelar, ainda que de matizes diferentes; porém outra vertente bem distinta é a da "Reforma Psiquiátrica" que se desdobra a partir e de braços dados com os avanços da psicofarmacologia e da neurobiologia, tão avassaladora pela estridência de seus efeitos de "Manicômio químico", que às vezes chega a fazer a Reforma Psiquiátrica propriamente dita e seus movimentos em direção à transição paradigmática parecerem estórias da carochinha.

Finalmente, ao colocar na mesma linha de análise os atingidos e os abandonados da psiquiatria, Costa denota uma espécie de impaciência em concluir: acaba por não reconhecer a herança da ação iatrogênica da psiquiatria manicomial, que a nova política da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial tenta "reabilitar" para o convívio familiar e social, para a possibilidade de reinclusão nos direitos civis, e para o acesso ao poder de "contratualidade social". É nesse contexto que se põe em ação um conjunto de trabalhadores que têm como meta a dimensão estética, a sociocultural, a econômica, e mesmo a recreacional, em paralelo às ações específicas comumente consideradas terapêuticas. Porém não resta dúvida de que o teor geral de seus argumentos deixa entrever sua concordância com o princípio tático da "colocação da doença entre parênteses", vinda da Psiquiatria Democrática italiana, e também, sobretudo, com a nova definição de saúde,

consagrada a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986, na qual a qualidade da vida, entendida como Modo de Produção da existência material (econômica, social, cultural e psíquica) e seus efeitos, é considerada o princípio organizador fundamental.

Uma ética do "sujeito como ser moral" para evitar o pior das "éticas da psiquiatria"

A apresentação dessas três modalidades éticas sob a perspectiva crítica cria o contexto para a apresentação de uma saída. Segundo Costa (1996), o que pode permitir-nos agir eticamente é um ponto em comum às éticas criticadas; um princípio que não deve ser referido ao conceito ou à essência da doença. Parte da definição de um "sujeito moral" como referência para "avaliar as três definições de sujeito das éticas antes consideradas: sujeito como objeto, como indivíduo privado e como ser político". O sujeito moral define uma "ética do sofrimento", cuja orientação fundamental depende de uma máxima negativa, mas prescritiva: "é a crueldade, aquilo que de pior podemos fazer aos outros" (Costa, 1996, p.32).

Segundo o autor, as éticas da psiquiatria, para ele sinônimos de "ética dos cuidados", seriam uma expansão ou diversificação da aplicação dessa máxima: evitar a crueldade, o pior, que consiste em atentar contra a integridade física e moral do seu semelhante (ibidem, p.33). Respeitado esse princípio, bastaria avaliar pragmaticamente qual das três éticas é melhor para as circunstâncias.

É necessário notar que para essas éticas o pior estaria sempre do lado do mal; estão muito longe, portanto, de pensar naquele conjunto importante de situações em que o sujeito procura seu bem do lado do gozo que muitas vezes leva ao pior, como nos casos dos compulsivos, hoje muito comuns, que comparecem às instituições de Atenção ao sofrimento psíquico. Além disso, tem o risco mais trivial desses raciocínios que, ao colocarem "o bem" do lado "dos bens", a partir de critérios pragmáticos, resvalam com facilidade para um alinhamento com a ética do indivíduo liberal, para o qual o bem é sinônimo de engajamento na conquista dos bens; sem notarem o quanto os próprios sintomas podem carrear de objeção a essa ética. Pior, sem perceberem que uma terapêutica que opera pragmaticamente no plano

do suprimento de "bens medicamentosos" arrisca-se a resvalar para o próprio consumismo compulsivo de suprimentos.

Poder-se ia ainda interrogar até que ponto pretender precaver-se do pior das psiquiatrias com uma ética fundada na proibição do pior não poderia ser apenas mais um efeito sintomático daquilo que é apontado como o mal-radical intrínseco à psiquiatria como ciência médica – mal-bem assinalado pelas críticas feitas a ela pelos criadores da Psiquiatria Democrática italiana: ter trocado o sujeito pela doença (Rotelli et al., 1990) Nesse caso, como poderia tal psiquiatria evitar pautar-se por uma ética proibitiva desse pior?

Para nossa análise é relevante, ainda, nos determos em outros dois pontos dos "reparos" na ética da tutela. No primeiro ponto, Costa (1996) afirma que ela é boa quando o psiquiatra é médico, e que o problema não estaria em tomar o sujeito como objeto de uma intervenção instrumental, mas deixá-lo aí. Só nesse caso se estaria inserindo o sujeito na lógica do objeto que invade nossa cultura – lógica que tenta nos definir como "objetos de circulação em cadeias de lucro e em cadeias imaginárias de produção de desejo" (ibidem, p.33). Mais uma vez o autor parece contornar a questão mais essencial sem ao menos resvalar nela. Como não ver que o psiquiatra atual, seguidor do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), e do saber e da ética que lhes são correlatos, é sempre médico em sentido estrito?

Como não ver que a ética tutelar – segundo a qual a produção típica do psiquiatra se dá sob um Modo de Produção de Atenção nos moldes do Discurso da Universidade (Clavreul, 1983) – ao tomar como objeto, em ato, o indivíduo que procura a psiquiatria em momentos críticos, acaba por inseri-lo irreversivelmente na mais cruel objetificação, ao apresentar-lhe, como saída única, o suprimento psicofarmacológico? Através da utilização *a priori* da medicação como meio de tamponamento dos impasses psíquicos, essa modalidade de psiquiatria insere a um só tempo o sujeito nas cadeias da produção do lucro (consumidor dos produtos da gigantesca e próspera indústria químico-farmacêutica); e da produção e reprodução da subjetividade serializada típica, em suas diferentes modalidades da "massa" contemporânea (através do tamponamento químico dos impasses e seu potencial de objeção, cuja consequência inevitável é, como se sabe, fazer reverberar o diapasão do gozo que só se "resolve" com sua infinitização). Quem se atreveria a duvidar da contribuição dessa forma de psiquiatria na construção do imenso campo de concentração de consumidores de psico-

fármacos, que já mostra ares de semelhança aos demais depósitos de entulho típicos do Modo Capitalista de Produção hipermoderno?

Vale a pena sublinhar que não se trata de imputar qualquer maldade intrínseca a esses psiquiatras. Eles são formados para tomarem, em ato, o sujeito como objeto; isso sim é intrínseco ao Modo de Produção da psiquiatria como ciência médica (Clavreul, 1983).

O segundo ponto dos reparos de Costa (1996, p.33) na ética da tutela incide na definição do objeto dessa psiquiatria: "[...] o fato mais grave parece ser a definição genética ou neuroquímica de predicados psíquicos [...] o sofisma estúpido é patente". De fato sua crítica é justa ao incidir em um ponto crítico da psiquiatria tutelar atual; entretanto, o autor parece não considerar a evidência de que toda psiquiatria regida pelo DSM não constitui exceção à atual prática dos psiquiatras na Saúde Pública, muito pelo contrário. Como se trata de uma prática estritamente voltada para a "prestação de serviços", o lugar-comum consiste em medicar nomes como "depressão", "transtorno obsessivo compulsivo (TOC)", "pânico" etc., e não processos químicos ou neurológicos, atividade que fica restrita aos "teóricos" da psiquiatria. Para esses psiquiatras DSM, "prestadores de serviços" a própria noção de corpo, mesmo em estrito sentido cartesiano, parece já não passar de uma referência nebulosa. Também é necessário não esquecer que essa estanque separação técnicas/teorias, bem como as observações anteriores, referentes à ética da tutela, são extensivas aos demais componentes das chamadas equipes interprofissionais vindos das outras disciplinas profissionais que atualmente compartilham com os psiquiatras o campo da Atenção ao sofrimento psíquico, no campo da Saúde Coletiva.

Para concluir a análise das éticas da psiquiatria, vale a pena assinalar, mesmo de passagem, que compreendemos esse centramento da análise de Costa na Psiquiatria, certamente fundado em sua dominância no campo da Atenção aos impasses de sofrimento psíquico; entretanto, convém ficar atento aos efeitos desses raciocínios por metonímia, afinal característicos de toda a prática ideológica. Para nós a psiquiatria ou qualquer outra disciplina não é capaz de abarcar a complexidade necessária, interdisciplinar e transdisciplinar, que é exigida das ações junto aos impasses psíquicos e subjetivos que se dirigem atualmente ao campo dito da Saúde Mental. Por outro lado, a análise de uma ética como referência para a Atenção Psicossocial não pode deixar de fora pelo menos as inflexões políticas do sofri-

mento psíquico na era do Modo de Produção capitalista dito globalizado e consumista

Uma ética do cuidado com empatia e compaixão

Antes de entrarmos especificamente na consideração da ética da Atenção Psicossocial, vale a pena examinar mais uma tentativa crítica e de resposta às éticas da psiquiatria analisadas anteriormente. Proponho nomeá-la "ética do cuidado, empatia e compaixão" por sua disposição aparente de aspirar à condição de uma quarta modalidade de ética para as práticas em Saúde Mental (Ferreira, 2000).

Depois de retomar o panorama desenhado por Costa (1996), procura definir uma ética do cuidar que seja capaz de superar o modelo médico. Esse também é entendido por Ferreira (2000) como relação assimétrica em que um dos parceiros, portador da ordem saudável, inclina-se sobre o outro doente/carente para remetê-lo à ordem saudável, da qual se concebe o portador.

Começa indicando que diversos fatores, como diferenças de classe entre cuidador e indivíduo a ser cuidado, produzem efeitos de banalização da vida, cujo resultado é um olhar de indiferença que faz o outro desaparecer em sua humanidade. Ferreira (2000, p.152) agrega sua definição de cuidado: "inclinar-se sobre alguém que vivencia a diversidade em seu próprio corpo e espírito".

Esse "inclinar-se" exige empatia e sofrimento por parte do cuidador, para que ele aceda à posição de júbilo e superação como efeitos de sua ação de cuidar. Essa identificação compassiva exercitada seria a única forma de produzir os efeitos de desenvolvimento moral do cuidador, como consequência de tê-lo colocado no centro da própria castração, e de confrontá-lo com o desamparo e a incompletude. A superação compreende dois aspectos essenciais: superação da sua posição subjetiva inicial de onipotência, pelo confronto vitorioso com a própria castração; e a superação da indiferença pelo outro – indiferença gerada pela convivência em uma sociedade na qual a desqualificação do outro que procura a instituição pública de Saúde é tal que ele não chegaria a causar "nem mesmo compaixão".

Como se pode constatar, de imediato, o autor coloca a compaixão como o último reduto da ética do cuidado. Aparentemente só veem duas possibi-

lidades de saída da ética da tutela: a neutralidade objetiva da atitude instrumental, ou a identificação compassiva do cuidador com o outro, objeto de seu cuidado. Não parece difícil demonstrar que essa ética continua correlata a um Modo de Produção de Atenção (cuidado) que é homólogo ao suposto pelas éticas criticadas. Ainda não foi superada a lógica disciplinar comum em que o cuidador, como portador de um saber científico, se inclina sobre o "outro" tomado como objeto. A diferença estaria no fato de que o vínculo terapêutico agora é investido de "empatia e sofrimento, superação e júbilo"

Parece difícil evitar a conclusão de que nessa forma da Atenção ao sofrimento continuamos operando no registro do gozo excessivo e angustioso, pois, para que a ação tenha garantida "uma ética apropriada" exige-se do tratamento a repetição especular no terapeuta, da angústia sentida pelo indivíduo que veio buscar ajuda para seu sofrimento. Ainda que essa identificação seja posta a serviço da promoção moral do cuidador, ela exige ser repetida a todos os encontros com cada novo sujeito que sofre. Só ela tem a propriedade de levar o cuidador ao centro de sua própria castração. Da cura do outro vem o júbilo e a superação da angústia de castração do cuidador, e da sua anterior posição de indiferença.

Sem a identificação com a angústia do outro, não haverá afetação por seu *pathos* e, portanto, não há como tratá-lo sem cair nas atitudes degradadas presentes nas éticas da psiquiatria tutelar.

Somos tentados a interrogar as razões levariam a uma estratégia aparentemente tão tortuosa e de tonalidade subjetivista, em um autor cujo texto parece suficientemente bem informado dos raciocínios freudianos. Essa lógica compassiva parece ser colocada como ética na medida em que lhe falta a crítica aos modos do processo de produção da Atenção; também falta ver que essa "degradação" dos agentes profissionais tem fatores estruturais, decorrentes de sua própria formação como trabalhadores de um campo específico, que se somam aos eventuais fatores pessoais, resultando na soma de cinismo, displicência e mesmo indiferença com que vários deles tratam pessoal e eticamente os sujeitos do sofrimento que se dirigem a eles em busca de ajuda. Por tomar as práticas em Saúde Mental a partir do modo das relações intersubjetivas sob as quais elas são exercidas, perde de vista sua dimensão de processos sociais de produção que, como quaisquer processos da produção social, podem ser modalizadas; portanto, com consequências diferenciais em seus modos de realização e em seus efeitos. Acaba adicio-

nando um quarto "Modo de Produção", cuja diferença dependeria apenas das transformações pessoais nos agentes.

Permanece na mesma tônica das éticas comuns centradas na moralidade e na deontologia, e referenciadas da dualidade simples princípio do prazer-realidade.

> A conduta ética é resultante de um complexo processo de constituição da subjetividade e alteridade humanas, o que implica a possibilidade de o sujeito conduzir de forma consciente seu desejo em face aos limites do Outro e da Lei. (Ferreira, 2000, p.153)

Mesmo definindo o sujeito de forma mais sofisticada, pretende que ele seja capaz de agir como eu autônomo frente ao seu desejo.

Não se pode negar o mérito da sua tentativa de se precaver dos riscos da ética da tutela quanto a fazer do sujeito do sofrimento, um objeto a serviço de um pragmatismo fundado na razão instrumental. Afirma que pensar a ética no campo da assistência pública significa pensar sobre o modo de cuidar: "Cuidar do outro não significa submetê-lo aos nossos domínios [...], mas sim inclinar-se sobre alguém que vivencia a diversidade em seu corpo e espírito" (ibidem, p.152).

Também parece tentar referenciar-se nas proximidades da ética de Espinosa, ao definir o sujeito como indivíduo que vivencia a diversidade em seu corpo e espírito, e o terapeuta como aquele de quem é exigido o *pathos* do sofrimento (sofrimento por empatia). Aparentemente os dois participantes da relação terapêutica são solidários na possibilidade de partilharem o sofrimento e as possibilidades de triunfo sobre ele. Mas ao definir os participantes da relação terapêutica como um que sofre e outro que se inclina sobre ele tomado por um afeto de júbilo vindo do triunfo sobre o próprio "desamparo e incompletude", não persistiria, ainda, em colocar o sujeito do sofrimento, *a priori*, na mesma posição de objeto, agora de cuidado?

Parece-me também que colocar essa "diversidade" vivenciada como sofrimento da queixa e do sintoma no foco imediato da ação pode minimizar a importância do complexo de afecções sofridas e de respostas que o sujeito já deu à conjuntura complexa em que se constituiu e em que vive, no tempo que antecede a "privatização" de uma "resposta" angustiosa que o obrigou recorrer à ajuda exterior.

Essa proposição ética, como suas antecessoras, passa ao largo da questão do uso generalizado de psicofármacos. Qualquer um que tenha a mínima proximidade ao campo da Atenção ao sofrimento psíquico, em sua configuração atual, pode reconhecer seu atravessamento por ações massivas de medicalização, psiquiatrização, e suas correlatas: psicologização e assistencialismo. Veremos que não se trata de detalhes conjunturais, pois uma ética do desejo na Atenção Psicossocial exige que se dê importância radical ao "instrumental produtivo", ou seja, aos meios de trabalho e aos Modos de Produção da saúde que essa ética preconiza.

Além dessas críticas, nossa maior objeção a essa ética é, entretanto, que ela proponha a identificação do trabalhador com o outro, como solução para o bom cuidado. Ferreira passa longe dos argumentos freudianos sobre o fundamento da identificação compassiva com próximo (Julien, 1996).

> [...] por que isso [a identificação gozosa] não é para o meu bem? Por que todo o gozo está além de todo o princípio de prazer-desprazer e necessariamente implica, por algum ângulo, o mal de seu objeto. E eis que sou eu a vítima: o outro me escolheu como objeto de seu gozo. (ibidem, p.108)

O encontro do cuidador com o sujeito do sofrimento pode reeditar angústias de seu encontro com o Outro. O Outro de que se trata tem realmente relação com a angústia de castração e a morte, assim como a "superação" tem relação direta com a superação dessa angústia. Porém, a superação da angústia só será possível com a superação dessa identificação primordial com o Outro.

> Quando o Deus do destino está morto, em vez de atestar isso e de realizar seu luto, substituímo-nos a ele, nós mesmos perpetuando perante outrem uma vontade de castração e lhe dando a imagem do destino, para com ela melhor mascararmos nosso próprio gozo maligno. (ibidem, p.102)

Dito de outro modo, por não poder separar-se da ideia de um Outro, infalível providência, pode-se acabar posando de grande Outro cuidador inclinado sobre o próximo como objeto de cuidado.

Certamente essa superação é válida tanto para o sujeito do sofrimento quanto para o dito cuidador; entretanto, tais superações só podem ser

operadas em separado, e a do cuidador tem necessariamente anterioridade, no mínimo lógica. O reconhecimento da necessidade dessa anterioridade e dessa separação é imprescindível se não se quiser cair num subjetivismo que negligencia por completo a necessidade de relacionar diretamente a ética do "cuidador" com a especificidade de sua função como trabalhador. Função que exige formação específica, a ser entendida como competência para reconhecer o lugar transferencial em que é colocado pelo outro que procura ajuda; isso exige conhecimento teórico amplo, acompanhamento da prática com colegas mais experientes e análise ou psicoterapia pessoal.

Uma ética para além da identificação deve partir da negação e superação da identificação como solução. "É dessa negação que nasce o sujeito, na medida em que ela é a marca do *limite* de toda identificação com este ou aquele significante" (ibidem, p.100). O sujeito nasce da *Versagung*, da negação, da recusa à identificação.

Uma ética para a clínica na Atenção Psicossocial supõe intercessores capazes de permitir e mesmo fomentar que nasça, um dia, essa negação; eles a põem em jogo segundo a verdade da demanda inconsciente que o sujeito do sofrimento lhes dirige, "demanda que Lacan formulou como *peço-te que recuses o que te ofereço, porque não é isso*" (ibidem, p.104).

De fato, suportar a possibilidade de interceptar a subversão dessa demanda na sua forma mais direta ("você tem o que me falta") requer a possibilidade de se posicionar na contramão dos sentidos tautológicos com que o sujeito se representa no Discurso do Mestre social. O intercessor nessa clínica da Atenção Psicossocial é um operador singular que é capaz de interceptar a subversão dessas mensagens tautológicas que fazem sofrer, posicionando-se de modo a fazer advir a sua negação radical, capaz de direcionar o sujeito para a possibilidade da escolha decidida dos sentidos novos que ele atribuirá à sua situação e mesmo à sua existência (Brousse, 2003); isso poderá ser realizado tanto individualmente, quanto nos coletivos de trabalho, grupos, oficinas, instituições. Tal posicionamento, para além de qualquer identificação com o outro que sofre, significa a possibilidade, posta em ação, da produção daquilo que concebemos como subjetividade singularizada, sob a forma de "significantes mestres". Ora, só a posição de intercessor (nem interventor, nem cuidador) do processo dessa produção a ser feita pelos sujeitos do sofrimento lhes garante a oportunidade de ocuparem a posição de produtores principais.

Finalmente, devemos perceber que em Ferreira (2000) se trata muito mais de uma ética do cuidador do que de uma ética da Atenção (cuidado), a entendermos essa última como um processo de produção complexo. Pois considerando o cerne de seu argumento, em resposta à ética da tutela anteriormente explicitada por Costa (1996), isto é, a introdução de um sujeito moral capaz de barrar a crueldade, situada como o pior dessa ética; o que faz Ferreira senão tentar encontrar o meio e a matéria prima de que poderia ser tecido tal sujeito moral; sua própria concepção da "instância mediadora"?

Não se pode negar, entretanto, a engenhosidade da solução proposta por Ferreira (2000, p.145): a cura a partir da identificação com a posição de sofredor do outro evitaria o pior (banalização da vida e desconsideração pelo semelhante a ponto de vê-lo como indigno de compaixão e de inclusão na própria humanidade, que teriam "surgido nas mentes liberais da modernidade"; também "fatores de classe foram decisivos para essa conduta" (ibidem, p.151); a "ótica dominante que não enxergava os indivíduos das classes pobres como cidadãos ou pessoas. Sem alma e sem valores são vistos como seres desqualificados que não chegam a causar nem mesmo compaixão" (ibidem, p.152): a própria cura do paciente é o meio corretivo da incúria moral do cuidador. Só não fica indicado de onde viria tal "pulsão identificatória" capaz de afetar o agente do cuidado no plano do imaginário.

Seria tão difícil depreender que essa categoria de sujeito consciente de si se encarna naturalmente na concepção da moral e da psicologia coerentes com a sociedade do Modo Capitalista de Produção em suas feições liberais?

> E se compreende também, pelas simples definição de sujeito moral (ou sujeito-de-seus-atos), que esse sujeito nada mais é senão o *complemento necessário do sujeito-de-direito*, o qual deve estar bem sujeito e consciente, para ter uma *identidade*, e poder, assim, prestar contas do que deve em função de leis que está *obrigado a não ignorar*; sujeito que deve ter consciência das leis que o forçam [Kant], mas sem obrigá-lo em *consciência*. Cabe pensar então que esse célebre *sujeito psicológico* que foi e continua sendo o objeto de uma *ciência*, a Psicologia, não seja um dado natural e bruto, mas tenha uma natureza estranha, mista e problemática, comprometida com o destino filosófico de todos os *sujeitos* que nele se entrecruzam: sujeito de direito, sujeito de necessidade, sujeito moral (e religioso), sujeito político etc. (Althusser, 1984, p.84-5)

Éticas: Filosofia da Existência, Materialismo Histórico e Psicanálise

A discussão realizada neste ensaio está em consonância com um princípio ético geral que afirma a possibilidade plural dos horizontes éticos, conforme as circunstâncias e os fins visados pela práxis a ser posta em ação. Portanto, estão dadas a um só tempo a autorização e a necessidade de explicitar o horizonte da ética da práxis da Atenção Psicossocial tal como a propomos; exigência, no mais, necessária a qualquer práxis.

No livro que nos serve de pré-texto (Figueiredo; Silva, 1996), importantíssima ferramenta para os trabalhadores do campo, somos apresentados a outras contribuições preciosas à discussão da ética em Saúde Mental. Destacamos outra vertente radicalmente diferente das éticas da psiquiatria, fundamental para nossos objetivos neste ensaio (Cavalcante, 1996; Rocha, 1996). Ao constatarem haver criação na experiência de sofrimento da esquizofrenia – o delírio como estratégia de sobrevivência, "obra que muda tudo" –, esses autores aliam-se à ética da psicanálise freudiana e lacaniana que há muito tempo tem proposto e elucidado essa estratégia como sobrevivência subjetiva; uma forma, entre outras, de reconstrução da realidade psíquica (*Realität*), através da recriação do próprio aparelho de produção de sentido, única possibilidade de voltar a habitar a realidade social e subjetiva, de modo ativo e criativo. (Freud, s. d. (a); Lacan, 1998a).

De resto, já é sabido que a ética da psicanálise concebe o sujeito em geral como produção de sentido para responder às injunções, críticas ou não, que o afetam na própria existência cotidiana; não necessariamente, portanto, apenas nas condições ditas da psicose, da neurose ou da perversão. Para aquilatar a importância da ética da psicanálise, em sentido mais amplo, na consideração das relações do sujeito com o desejo nos diferentes planos da sua existência cotidiana, basta lembrar a contribuição inaugural de Jacques Lacan no Seminário de 1959-1960, publicado como "a ética da psicanálise" (Lacan, 1988).

Estão abertas novas possibilidades de considerar o sofrimento, muito além daquelas que o veem como efeito do desamparo fundamental, ligado à caducidade do corpo, à potência esmagadora da natureza, e à ameaça vinda dos semelhantes (Freud, s. d.(b); sofrimento a ser mitigado ou banido pelas éticas ditas da psiquiatria acima analisadas. Uma ética para a Atenção Psi-

cossocial aceita como necessárias as premissas gerais dadas pela perspectiva do "sujeito moral" que visam banir o pior sofrimento vindo da ameaça dos semelhantes nas condições definidas como crueldade. Mas essas premissas ainda não são suficientes para se cumprir a necessidade de uma ética da Atenção Psicossocial capaz de lidar com o sofrimento dos sujeitos para além das diferentes condições do desamparo; e capaz de se orientar por metas vislumbradas para além da cessação total do sofrimento e, consequentemente, para além do retorno do sujeito ao mesmo lugar e condições anteriores às crises que motivaram sua busca de ajuda.

Uma ética coerente com a práxis de trabalho no campo da Atenção Psicossocial deve ser capaz de aproximar-se do sofrimento tendo em conta que o "sujeito do sofrimento" só se apresenta em virtude do paroxismo dos impasses que atravessam seus processos vitais de subjetivação; processos, que devem ser concebidos como movimento contínuo de produção de sentido e de significância, como supõe o próprio termo processos.

A possibilidade de recuperar a posição de agenciador principal dessa produção contínua e renovada do sentido para seus impasses, e simultaneamente para sua existência, dever ser o horizonte fundamental da ética da práxis da Atenção Psicossocial. E aqui vale a pena antecipar uma condição singular dessa ética: os processos de produção dessa recuperação devem constituir já um primeiro pôr em marcha tais processos de produção de subjetivação. Eis um vislumbre da modalidade da práxis de Atenção, cujo horizonte será nomeado: ética do carecimento e do desejo.

Esses importantes acréscimos teóricos no permitem ampliar a análise das éticas ditas da psiquiatria e seus reparos, em direção à construção dos fundamentos teórico-filosóficos possíveis da ética para a Atenção Psicossocial.

Essa matriz de três éticas e, sobretudo, os desenvolvimentos posteriores que tentam corrigi-las se desdobram na atualidade em um conjunto de formulações muitas vezes nomeadas especificamente ética do cuidado (Maia, 2009). A ética do cuidado inclui a condição básica das outras éticas: evitar o pior, que está do lado do mal; mas produz um acréscimo interessante: a morte, na condição do pior, ou seja, a preocupação e o medo da morte são considerados a condição intrínseca ao homem, responsável por fazer dele um sujeito de cuidado. A origem desse acréscimo é indicada pela releitura da fábula de Higino sobre o cuidado, apresentada por Heidegger (2006) em *Ser e tempo*. Uma ênfase aparentemente cristianizada dessa releitura

faz com que o *Sorge* heideggeriano (cura/cuidado) acabe assumindo mais o sentido de "curar a/cuidar de" do que o sentido de "curar-se/cuidar-se". Esse curar-se/cuidar-se justamente está muito mais de acordo com a compreensão da existência do ente humano como "dinâmica de contínua estruturação, em que se trocam os estados, as passagens e os lugares" (Heidegger, 2006, p.562); e onde poderíamos dizer que é a criação que está em ação, muito mais do que a criatura.

A referida tradução do *Sorge* como "cuidar de" tenderia a ver na morte algo mais real do que a própria vida, aparentemente a partir da ênfase pessimista na leitura da proposição freudiana do desamparo fundamental (*Hilflosigkeit*) como uma dimensão essencial do homem como criatura. Desse modo a ética do cuidado é levada a aceitar o medo do desaparecimento, presente na criatura, como origem da atitude essencial do cuidado; em detrimento da consideração da vida para o homem (*Dasein*) como *ser* o próprio *Da* (*ser o próprio aí*). Uma consideração do homem ou do sujeito como originariamente jogado na abertura para "*esse aí*" exige a postulação de outra modalidade singular da angústia fundamental como afecção que lhe é inerente, e que só pode ser experimentada como "dor de existir".

Para Heidegger, essa experiência angustiosa de *ser* "esse *aí*" antes de mais nada (antes mesmo do nada); de estar em casa no próprio lugar (lugar específico do homem como homem); seria paradoxalmente atingida para o sujeito no ponto culminante de percepção (*Wahrnehmung*) antecipada da experiência da morte. Assim, da maneira mais autêntica, o *Da* (*ser-o-aí*) revela-se como o lugar a partir do qual ameaça uma negatividade radical (Agamben, 2006).

Naquilo que concerne à perspectiva da morte a considerar, para nossa análise das éticas do cuidado, é preciso perceber a perspectiva da leitura freudiana da morte, que está em questão. Não se trata da morte a partir de cuja visada o sujeito seria colocado na perspectiva do desamparo fundamental (*Hilflosigkeit*), mas a "morte" que germina naquilo que o próprio Freud tentou apreender através do conceito de pulsão de morte (*Todestrieb*).

A partir da perspectiva dada por essa leitura freudiana da pulsão de morte como outra modalidade de conceber "*esse aí*" *originário* (que aprendemos com Lacan a retomar como *Isso*). "Existe algo, na pequena palavra *Da*, que nulifica, que introduz a negação naquele ente – o homem – que deve ser o seu *Da* [seu *aí*, seu Isso]. (Agamben, 2006, p.18).

Para esse autor, não se pode compreender a expressão "*ser-o-aí*" sem responder de onde vem ao *aí* o poder nulificante, essa dimensão de negatividade, que faria dele aparentemente uma espécie de parceiro cativo do nada. "Onde está o *Da* se aquele que se mantém na sua clareira (*Lichtung*) é, por isso mesmo, o 'lugar-tenente do nada'?" (ibidem). Ora, colocar a figura de um sujeito que é concebido, de saída, como o "lugar-tenente do nada", equivale a aproximar-se de uma noção de negatividade atravessando o cerne desse sujeito, que é totalmente diferente daquela que fomos acostumados a pensar através da história da filosofia moderna (ibidem). Arrisquemo-nos na hipótese de um "nada pulsante e produtivo" como correspondente a esse "lugar-tenente do nada", inspirados pela leitura lacaniana do *Vorstellungsrepräsentanz* freudiano como "lugar-tenente da representação" (Lacan, 1979, p.61).

Verifiquemos a hipótese de que só será possível pensar e praticar uma ética do "cuidado" capaz de superar os subjetivismos – como aquele que se traduz na identificação fraterna com o semelhante atingido pelo mal-radical ou não; e como aquele que se expressa pela visão da morte como o risco essencial iminente diante da posição fundamental de desamparo do sujeito – se pudermos tirar as consequências dessa forma da negatividade radical posta por Freud no centro da vida em sua especificidade humana. Ou seja:

> O paradoxo da "pulsão de morte" freudiana, portanto, é que esse é o nome que Freud dá a seu oposto, à maneira como a imortalidade surge na psicanálise, ao sinistro *excesso* de vida, à ânsia "não morta" que preside além do ciclo (biológico) de vida e morte, de geração e deterioração. A maior lição da psicanálise é que a vida humana nunca é "só vida": os seres humanos nunca estão simplesmente vivos, eles são possuídos pela estranha pulsão de gozar a vida em excesso, apegados apaixonadamente a um excedente que se projeta para fora e perturba o funcionamento comum das coisas. (Zizek, 2008, p.90)

O *Nada* heideggeriano (correspondente ao "ser-o-aí" como "lugar-tenente do nada") remeteria, portanto, ao vazio da *Coisa* impossível (*das Ding*) freudiana como geratriz central, presente no conceito de pulsão de morte. Neste ponto, porém, é necessário agregar a precisão acrescentada por Lacan à elaboração freudiana:

> A matriz elementar da pulsão não é transcender todos os objetos particulares em direção ao Vazio da Coisa (que então só fica acessível em seu substituto metonímico), mas sim [transcender] nossa libido que fica 'presa' a um objeto particular, condenada a circular para sempre em torno dele. (ibidem, p.91)

Ou seja, Lacan sublinha a dimensão da pulsão como produção de diferença criativa capaz de permitir ao sujeito atingir a fruição propriamente desejante, superando a demanda repetitiva do gozo estritamente ligado aos objetos da realidade imediata.

Nossa análise mos levou à necessidade de um passo gigantesco *entre* o subjetivismo das análises da ética do cuidado e a perspectiva freudiana de uma negatividade geratriz, posta pela Coisa/pulsão imorredoura. Agora é preciso dar mais um passo na análise desse *entre*. A mediação dos dois extremos só pode ser realizada pelo "vazio do desejo" como habitação efetiva da negatividade radical da pulsão. Sem os meios próprios dessa habitação, ficar-se-ia à deriva do risco de sucumbir em um nada ainda mais radical do que a morte como ponto culminante da experiência de desamparo fundamental. Dito de outro modo, é preciso atentar para a possibilidade da existência de outros "substitutos metonímicos" da *Coisa*, os "objetos" do desejo.

Voltemos à nossa trilha alternativa ao caminho difícil aberto por Lacan: partamos mais uma vez de Heidegger, tão "apreciado" nas análises da ética do cuidado. Para ele o homem está lançado no mundo, sempre em "dis-junção", e esse deslocamento fundamenta a abertura ek-stática [ex-istenz = existência] do homem; seu *devir* em completamento infinito.

> [...] o fato de que não há *Sein* [ser] sem *Dasein* [ser-aí] não significa que, se o *Dasein* desaparecesse, nada permaneceria. Entes continuariam a existir, mas não seriam desvelados em um horizonte de sentido – não haveria mundo [humano]. Eis porque Heidegger fala de *Dasein*, e não de homem ou sujeito... o sujeito está fora do mundo [...] o homem é um ente dentro do mundo. O *Dasein*, em contraste com ambos, é o relacionar-se ek-stático com os entes em um horizonte de sentido, e está, de antemão, "lançado" no mundo em meio a entes desvelados. (Zizek, 2012, p.52-3)

Pois bem, essa abertura constitutiva do *Dasein* é correlata homóloga da definição do desejo como habitação afirmativa dessa lacuna pulsante que

acabamos de desenhar entre subjetivismo e pulsão desterritorializante. O desejo territorializa o sujeito (não mais no velho sentido filosófico) em uma "relação" possível com outrem. E aqui, uma vez que se foi além do sujeito no sentido filosófico, faz-se presente a necessidade de pensar o "objeto" de modo também diferenciado; sem isso não é possível aproximar-se da noção de desejo que a ética de "um sujeito do desejo inconsciente" exige. É necessário pôr em evidência uma dimensão da *Coisa/vazio pulsante* capaz de se traduzir numa figura que já não remeta a quaisquer das formas da carência implícitas nas situações do desamparo fundamental ou da pulsão desterritorializante radical.

Agora é o conceito de *carecimento*, do jovem Marx, que pode nos servir de senha para abrir a porta da dimensão criacionista inerente *Vazio pulsante*, tal como anteriormente deduzido do conceito freudiano de pulsão. O conceito de carecimento como *potência-em-ato* de enriquecimento constitutivo do sujeito, em sua relação com a natureza/cultura, e com o semelhante social e subjetivado, é um homologo do desejo, na medida em que, neste, o *Vazio da Coisa/pulsão* é transposto para um "objeto"/nome (significante), duplamente dimensionado (objeto-causa e objeto-telos, do desejo) capaz de inscrever o *Vazio inominável*, para além de sua negatividade radical, em uma forma da negatividade habitável (como a *presença* que corresponde ao *aí* como caráter ek-sistencial do *Dasein*). Nessa perspectiva, um sujeito do desejo/inconsciente é propriamente *devir-sentido*, sentido capaz de traduzir/reinscrever sentidos outros, frente às exigências da realidade (*Wirklichkeit*); mas, sobretudo, sentido capaz de inscrever e cifrar essa dimensão da pulsão, que se traduz como criação da própria realidade do homem como "*ser-do-aí*", ou como preferimos, a partir da perspectiva freudiana e marxiana, sujeito do desejo e do carecimento. "Com esse ato abissal de liberdade, o sujeito rompe o movimento rotativo das pulsões, esse abismo do Inominável – em resumo, esse feito é o próprio gesto criador do nomear" (Zizek, 2008, p.94). Vemos, então, o sujeito do desejo e do carecimento num plano de humanismo transmutado, superando a perspectiva das éticas do cuidado. Eis a revolução filosófica mínima necessária à ética da Atenção Psicossocial como revolução paradigmática das psiquiatrias reformadas.

Essa revolução, como se pode perceber, erige uma nova figura ético-política do sujeito. No plano de análise e de ação que nos interessam, pode-se dizer que reencontramos o sujeito originalmente freudiano. Nomeá-lo

"sujeito como sujeito do carecimento e do desejo", além de indicar as determinações inconscientes/pulsionais e histórico-estruturais da sua existência e ação, aponta para a necessidade de se conceber a práxis da Atenção Psicossocial a partir de uma *Clínica Crítica*, na qual a clínica e a política estão superpostas e imbricadas, mesmo que em certos momentos se deva considerar sua distinção, tanto para efeito de análise, quanto das outras ações.

A ética da Atenção Psicossocial: revoluções de discurso e dos Modos de Produção de subjetividadessaúde

A partir daqui analisaremos as práticas da Atenção Psicossocial recorrendo à teoria psicanalítica dos discursos como laços sociais, e das revoluções discursivas desenvolvida por Jacques Lacan para a análise das diferentes formas de aparelhamento do gozo nas relações sociais e subjetivas. A proposição dessa teoria, que guarda uma relação bastante estreita com os impossíveis freudianos (impossível educar, governar, analisar), será de extrema importância para o esclarecimento da ética da Atenção Psicossocial em ação nas suas práticas, tal como proposta neste ensaio; e de suas diferenças em relação às éticas apresentadas anteriormente.

Quando tomamos os discursos para além de sua consistência de enunciados, como laços sociais – como estruturas produtivas podendo variar quanto aos Modos de Produção –, as transformações discursivas podem ser tomadas como revoluções de discurso, e corresponder às possibilidades de mudança dos diferentes modos de organizar o processo de produção. Diferentes modos de produzir implicam em diferentes resultados produtivos, isto é, em diferentes "formas-mercadoria" dos produtos. Veremos que não será diferente quando se trata dos processos de produção da Atenção ao sofrimento psíquico, no qual estão em destaque os processos de subjetivação e seus impasses, isto é, processos de produção de sentido e processos de elaboração psíquica da angústia extrema através da sua simbolização.

A ética da Atenção Psicossocial, tal como esta tem sido proposta pela Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária em alguns de seus desdobramentos atuais tem se encaminhado para uma modalidade do processo de produção de Atenção no qual o sujeito – simultaneamente considerado como *um indivíduo com inconsciente* e como *potencialidade efetiva de produ-*

ção de sentido novo para as diferentes injunções sociais e subjetivas que emergem em seu cotidiano – é considerado com potencialidade para chegar a situar-se no lugar do "trabalhador" principal do processo da produção dessa Atenção (Lacan, 1982). No plano de análise macroestrutural desse protagonismo há uma articulação direta com a diretriz da participação popular no planejamento, gestão e controle dos processos de produção da Atenção à saúde, e das decisões sobre o que deve ser produzido e como. O Paradigma Psicossocial toma a diretriz da participação popular como o cerne das proposições e das experiências da Reforma Sanitária, e como herança preciosa para a Atenção Psicossocial e sua ética. Neste ponto, parte-se da hipótese de que são as ferramentas conceituais, técnicas e éticas da psicanálise do campo freudiano/lacaniano que nos permitirão tirar as melhores consequências dessa diretriz para a produção de *saudessubjetividade*.

Para essa psicanálise são várias e bem distintas as formas do processo de produção, também chamado laço social de produção, nas quais o "sujeito do sofrimento psíquico" pode localizar-se, a partir do momento em que busca Atenção nas instituições destinadas a esse fim. Parece oportuno falar em *saudessubjetividade* na medida em que a ética de todas as ações pautadas no paradigma da Atenção Psicossocial deve considerar que onde há sofrimento, e não apenas psíquico, há necessariamente trabalho subjetivo/psíquico. Essa concepção de saúde não separa o físico do psíquico, mas distingue suas especificidades (para incluir, como inerente à dimensão psíquica, o corpo necessariamente subjetivado). Embora necessariamente integrando os dois aspectos, a Atenção Psicossocial dá destaque aos aspectos subjetivos e sociais dos impasses, embora não *a priori*. As noções de corpo e de sujeito herdadas da psicanálise freudiana acrescentam-se às heranças críticas vindas das psiquiatrias reformadas e da própria Antipsiquiatria, entre outras.

Propor eticamente o sujeito do sofrimento em suas várias dimensões como o principal produtor não significa menosprezar a importância dos outros componentes do processo de produção. Ao contrário, veremos que nesse âmbito são radicais para tal processo as consequências dos modos da ação e da organização – e até mesmo o estado da subjetividade – dos trabalhadores dessas instituições. Entretanto, esta proposição da ética para Atenção Psicossocial toma como eixo imediato os *sujeitos do sofrimento psíquico* (e não os trabalhadores). Isso implica que esse eixo seja considerado a referência fundamental quando se trata de analisar as particularidades do

"trabalho" subjetivo a ser realizado, e das formas de apropriação dos seus resultados pelos diferentes participantes do processo de produção da Atenção. Estendendo as proposições da ética para além das ações específicas de tratamento, inclusive para a configuração dos modos institucionais de operar essa ação e as demais; é preciso incluir nas considerações dessa ética também os próprios trabalhadores; embora eles já estejam considerados na análise que é feita das práticas, sob a perspectiva do seu Modo de Produção.

Para que os *sujeitos do sofrimento* passem ao lugar de trabalhador principal do processo de produção da *subjetividadessaúde* são necessários remanejamentos fundamentais, que dependerão da posição subjetiva em que eles se encontrem no momento em que buscam ajuda. E na mesma medida esses remanejamentos decorrerão das ações daquele(s) que intercede(m) nas queixas e demandas: psiquiatra, psicólogo, ou qualquer outro trabalhador da equipe interdisciplinar. Dada a forma singular das ações esperadas deles, propomos nomeá-los intercessores. As ações desses também dependerão radicalmente da representação social da instituição (como ela é percebida pela população e particularmente por quem se remete a ela em busca de ajuda; e pelo próprio conjunto dos trabalhadores), e do seu Modo de Produção de saúde. Ou seja, o trabalhador-intercessor sempre será interpelado pelos sujeitos do sofrimento inicialmente num lugar "transferencial" imaginário-simbólico, e inevitavelmente terá o seu "processo de trabalho" profundamente influenciado pela forma real como estão organizados dos processos de produção na instituição em que realiza a Atenção (Costa-Rosa, 2000).

Tomar o sujeito que nos procura como agente principal como dono da demanda (retorno do recalcado em forma de sintoma e sofrimento) e do saber sobre ela também é consequência da hipótese freudiana sobre o sofrimento psíquico: há um saber inconsciente em ação que se manifesta no não sabido sintomático, do qual apenas o indivíduo que sofre detém a chave.

Veremos que reconhecer a situação do sujeito ($) como inserido no *Modo de Produção* nomeado Discurso da Histeria ou do Sujeito (DH/DS) enuncia a própria elucidação e articulação freudiana de um *Modo de Produção* de subjetividade até então posto em ação só pelos *sujeitos do sofrimento e dos demais impasses*. Freud o faz operar de forma planejada e Lacan (1992) completa sua elucidação e formalização. A experiência freudiana com os sujeitos dos impasses ditos histéricos lhe possibilitou a enunciação geral da passagem de um Modo de Produção de sentido a outro, resultado da relação

dúbia do sujeito do sofrimento com o mestre médico. Foi enunciada na teoria e na técnica uma revolução de discurso, isto é, uma mudança radical do laço social produtivo que tomará como referente a problemática da histeria e suas objeções ao andar da carruagem do mestre social, tanto em sua versão eclesiástica ou médica, quanto na capitalística.

O princípio freudiano do protagonismo do sujeito inclui os aspectos do protagonismo social e coletivo, mas vai além deles, pondo em destaque um aspecto fundamental do sujeito no sentido psicanalítico, que é o saber inconsciente e seu correlato: saber do "não sabido" dos coletivos de trabalho e das Formações Sociais, de mesmo estatuto.

A introdução de hipóteses freudianas e lacanianas na Atenção Psicossocial exige considerar as evidências clínicas apresentadas pela teoria, pela técnica e pela ética da psicanálise, diante do sofrimento psíquico e dos impasses subjetivos. Segundo essas evidências, em tais circunstâncias há uma dimensão propriamente psíquica: elementos subjetivos em sua extração sociocultural; além dos elementos socioculturais propriamente ditos que, por sua vez, sempre serão subjetivados. A dimensão orgânica, e mais especificamente corporal, deve ser considerada fundamental nas ações realizadas, porém não mais como elemento determinante *a priori* das queixas (a dimensão propriamente médica da escuta frente às demandas originadas no sofrimento psíquico deve estar estritamente fundada na proposição da inseparabilidade entre ações de Saúde e de Saúde Mental).

Nos desdobramentos lacanianos da tese de Freud, a respeito do saber dos *sujeitos do sofrimento*, fica esclarecido que, antes de tudo, sempre há saber inconsciente nas queixas psíquicas, embora ele se manifeste em forma invertida e possa ser ocultado pelos afetos. Trata-se da introdução da dimensão simbólica da transferência, de efeitos éticos radicais para a clínica.

Esse saber, inicialmente vislumbrado pelo indivíduo como pertencente ao outro que escuta, é, entretanto, o único que pode operar a cura. Mas para que isso ocorra é necessário que o trabalhador-intercessor, que é colocado pelo sujeito que se queixa no lugar do mestre supridor, seja capaz de aceitar que a suposição de seu poder-saber é consequência da posição de alienação daquele que sofre. O reconhecimento desse "equivoco" é condição necessária para a realização dos remanejamentos transferenciais que devolverão ao indivíduo seu protagonismo na cura e nas demais ações que lhe competem na realidade cotidiana em que se referenciam suas queixas. A ética da

Atenção Psicossocial tal como proposta neste ensaio exige que a "cura" seja entendida, no sentido heideggeriano do termo *Sorge* (cura/cuidado), a ser relido por nós, a partir de Lacan, como retomada da possibilidade de "cuidar-se"; isto é, de produzir continuamente o sentido necessário em resposta às solicitações da realidade cotidiana, simultaneamente objetiva e subjetiva. Fora do "princípio doença-cura", o que se busca é recuperar a dimensão autopoiética do sujeito, já enunciada na ética de Espinosa e Heidegger. Para que tal saber possa operar a "cura" ele precisa ser (re-)apropriado pelo sujeito que "sofre" e demanda. Nesse processo de reapropriação do saber pelo sujeito, as ações do intercessor têm valor decisivo e dependem da ética que as regula; mas a ética nesse caso está absolutamente correlacionada ao *Modo de Produção* do processo de produção da Atenção.

É importante sublinhar que esse "saber de sujeito" tem uma consistência absolutamente peculiar. Não permite que dele se "faça enciclopédia", nem permite ser apropriado pelo intercessor-terapeuta, pois pertence ao sujeito que dele necessariamente se apropria no próprio ato da sua produção. A produção-apropriação *em ato* é o único modo possível da apropriação no âmbito da produção de *saudessubjetividade*. É um saber referente ao "não sabido" e ao inconsciente, que devem aqui ser compreendidos em sua consistência de recalcado da história individual ou mesmo da história dos coletivos grupais e institucionais, sejam ou não instituições. Mas, além dessa forma de um saber a ser revelado, ele também se "apresenta" na modalidade "a ser produzido", a ser criado em resposta às exigências da realidade cotidiana, e da própria realidade psíquica em sua dimensão pulsional.

Nessa direção, a ética da psicanálise como ética do desejo, isto é, do bem-dizer o bem mais precioso ao sujeito, pode ser especificada como ética da produção desse sentido sempre novo. Mas deve-se considerar também a produção de um sentido sempre novo, cuja natureza corresponde ao saber criativo, como vimos acima, capaz de inscrever o Vazio inominável, para além de sua negatividade radical, em uma forma da negatividade habitável; produção de saber identificável àquele capaz de romper o movimento rotativo das pulsões, esse "abismo do Inominável"; um saber-criar correspondente a "esse feito que é o próprio gesto criador do nomear".

É preciso esclarecer que alguém só pode engajar-se na produção de um saber (como sentido e como significância) dessa natureza, se está sob uma demanda "irrecusável", desencadeada a partir de injunções específicas que

invadem sua realidade subjetiva. Não é preciso muito esforço para se reconhecer aí situações como as injunções que caracterizam a clínica dos processos psíquicos da constituição subjetiva por foraclusão (psicoses); também as situações em que estão presentes as derivas de gozo (como nas toxicomanias e outros usos compulsivos de "drogas"); e mesmo nos casos de angústia extrema do recalcamento (neuroses), como é o caso dos sintomas inundados pela angústia e o pânico; entre outros.

Veremos que tal sentido, que "determinada realidade" demanda, só pode ser produzido numa práxis parametrada pelo *Modo de Produção* nomeado Discurso do Analista (Lacan, 1992). Dito de outro modo, para que o sujeito possa engajar-se na produção da subjetividadessaúde, considerada em sentido amplo, é necessário que o intercessor-terapeuta seja capaz de deslocar-se da posição do "suposto-mestre supridor", para a função de coadjuvante propulsor e facilitador do processo de produção, no qual apenas o "sujeito do sofrimento" pode estruturalmente ser o protagonista. Falando especificamente, isso equivale a fazer operar a produção (de sentido) significante que a psicanálise do campo de Freud-Lacan denomina Significante Mestre (S1).

O engajamento do sujeito proposto pela ética do desejo e do carecimento equivale à reaquisição da capacidade autopoiética estancada pelo sofrimento do sintoma, e demais impasses. É a retomada da potência de produção do sentido radicalmente novo, que é capaz de mudar a relação do sujeito com o sentido do sofrimento e do sintoma, e ao mesmo tempo permitir-lhe outros modos de posicionamento, nas relações sociais (laços sociais) que se encontravam dificultadas ou mesmo impossibilitadas.

Posto isso, já podemos retomar a análise da referida necessidade de revolução dos *modos* do processo de produção da *subjetividadessaúde*, a fim de melhor especificar a ética proposta para a Atenção Psicossocial, como ética do desejo e do carecimento.

Os discursos de Lacan como estruturas e Modos de Produção

Neste ponto faz-se necessário a introdução do conceito de discurso como laço social, como dispositivo de produção, ou seja, estrutura discursiva de produção que Jacques Lacan denomina quadrípode (e da relação entre seus lugares); é necessário, ainda, apresentar os elementos que podem operar nas diferentes modalidades dessa estrutura (matemas), e os Modos de Pro-

dução nomeados: Discurso do Mestre (DM), Discurso da Universidade (DU), Discurso da Histeria ou do Sujeito (DH/DS) e Discurso do Analista (DA) (Lacan, 1992).
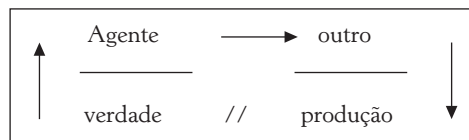
Figura 11 – Composição do quadrípode que estrutura os Modos de Produção discursiva propostos por Jacques Lacan: quatro lugares e algumas relações entre eles, representadas pelas setas, as barras horizontais e as paralelas.

Esses quatro lugares são especificados na estrutura discursiva desse singular "discurso sem palavras", que designará para nós também a estrutura fundante, ou o que chamo aqui de *processo de produção*: agente ou semblante, outro ou trabalho ou gozo, produção ou mais-gozar e verdade (ou meta do processo de produção) (Porge, 2006).

A nomeação desses lugares já especifica algo de suas funções operativas, variáveis segundo o contexto produtivo considerado e, sobretudo, segundo o *Modo de Produção*. O lugar da verdade especifica a finalidade ou fim pretendido por um laço social, definido como "não todo", pois nenhuma ação de produção é capaz de atingir cabalmente seus fins, por melhores ou piores que sejam (indicado no quadrípode pelas barras paralelas entre produção e verdade). As barras horizontais indicam recalcamento ou velamento daquilo que está abaixo, esse termo, que é velado, pretende fazer-se representar pelo termo que está acima da barra (nesses casos, o que está acima pode constituir o avesso da subversão exigida pelo que está abaixo). Os outros lugares se esclarecerão à medida que avançarmos.

Os lugares podem ser ocupados por quatro dos matemas da álgebra lacaniana: sujeito ($), objeto (*a*), significantes S1 e significante S2. O sentido desses matemas pode variar segundo o contexto em que são empregados. Quanto ao sentido dos matemas é suficiente considerar que a conotação de $ repete a hipótese freudiana do sujeito do inconsciente; isto é, $ como emergência de sentido inconsciente ou como sujeito dividido, e que, segundo Lacan é aquilo que pode ser representando por um significante para outro significante, indicando a própria estrutura de produção de sentido (S1-

[$◊*a*]-S2). O *a* conota o semblante dos objetos do desejo, ou o objeto-causa do desejo, ou a dimensão pulsional da existência, e também o gozo tomado como "mais-gozar", isto é, o gozo angustioso que se goza na dissipação.

O S1 conota o significante mestre com sua propriedade de introduzir cortes radicais de sentido através da repetição da *diferença significante*; também conceituado como significante mestre configurando um "enxame de sentido"; S1 é também o primeiro significante introduzido por um sujeito particular na cadeia de significantes que o constituem e representam. Outras vezes ainda, em nossa análise particular da ética da Atenção Psicossocial, o S1 figura diferentes perfis do agente: médico, psicólogo, professor, inclusive o tirano; e, especialmente, denota a *posição intercessora*, que também nomeamos "intercessor-encarnado", trabalhador-intercessor, ou "intercessor construído".

O S2 conota o saber em geral, o conjunto dos significantes, o próprio campo do simbólico (grande Outro), ou as cadeias do saber inconsciente para um sujeito determinado. Aqui é necessário destacar do S1, significante mestre como enxame de sentido, a situação que correspondente ao seu encontro bifurcante com S2. Suponhamos como exemplo, um indivíduo em psicoterapia: em determinado momento emerge um saber inconsciente (S1) (chiste, sonho, lapso etc.), depois outro (S1), mais outro (S1)..., até que esses significantes novos podem se potencializar por retroação e mudar o estatuto de S2, ou seja, mudar uma parte decisiva do conjunto de sentido inconsciente para esse sujeito. Tais mudanças podem determinar, por exemplo, transformações na posição subjetiva em relação ao sentido do sintoma e mesmo no seu estilo sintomático, isto é, seu modo de implicar-se na própria produção de sentido para as injunções à sua realidade psíquica e sociocultural; essas mudanças podem, ainda, favorecer a saída das crises nas psicoses, ou nas derivas do gozo diversas, como as da toxicomania etc. Lacan (1982, p.196) define e representa do seguinte modo essa operação do significante-mestre como enxame de sentido: "S1(S1(S1(S1→S2))). S1, esse um, o enxame, significante-mestre, é o que garante a unidade, a unidade de copulação do sujeito com o saber". Acima, falou-se em "próprio gesto criador do nomear".

Essa sintética definição da estrutura de produção e de alguns dos elementos com os quais ela opera já nos permitirá a análise concreta dos diferentes Modos de Produção, com o fim de elucidar a especificidade da ética que convém à Atenção Psicossocial.

Uma revolução de Discurso como retrocesso no Modo de Produção

Partamos de situações hipotéticas, mas concretas. Em princípio, o indivíduo que se queixa costuma apresentar-se à instituição como Agente; ao menos ele faz semblante de agenciador, determinando, de certa forma, o modo inicial da estrutura de produção; (a menos que venha forçado; e nesses casos é o próprio forçamento a que é submetido o sujeito, que determina o modo da estrutura de produção). A posição inicial de demandante do sujeito que se queixa (semblante de agenciador) determina que o processo de produção se modalize segundo a lógica do *Modo de Produção* designado como Discurso da Histeria (DH), também denominado Discurso do Sujeito (DS). Aqui o termo histeria não denota exatamente uma neurose, como em Freud. Grafa um laço social de produção, ou seja, um modo de aparelhamento do gozo/pulsão com o significante, que caracteriza a produção de sentido e significância para a produção e (re)produção da realidade psíquica de qualquer sujeito (Quinet, 2006). Na realidade, o DH/DS refere-se a um modo produtivo que faz objeção a outros laços de produção socialmente dominantes; laços em que *o Agente*/trabalhador opera de modo subordinante em relação ao *outro*/sujeito do sofrimento. Daí a *performance* de objeção daqueles que, na estrutura produtiva, são deslocados para o lugar do outro como objeto(*a*). Para os fins específicos deste ensaio é próprio optar pela designação Discurso do Sujeito (DS).
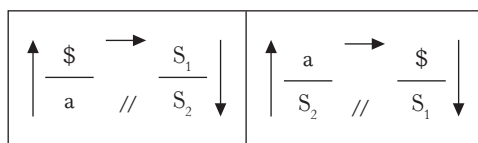
Figura 12 – Escritura dos laços sociais (Modos de Produção) elaborados por Jacques Lacan: Discurso da Histeria ou do Sujeito (DH/DS) e Discurso do Analista (DA), respectivamente.

Consideremos, a partir do DS, essa a posição do indivíduo que nos procura atualmente, antes do encontro efetivo com a instituição. Ele é um agente paradoxal ($). Dada alienação resultante do sintoma e a própria inércia dos laços sociais dominantes, o indivíduo tende a buscar alguém na posição de mestre supridor, "cura" no sentido próprio do termo curador,

alguém em quem ele supõe o saber e o poder de curar (S1). Alguém que, por isso, se disponha a trabalhar para ele, para produzir o sentido (S2) capaz de suprimir o sofrimento e os impasses gerados pelo sintoma (a) – vale sublinhar que essa busca de um "saber-poder para curar" é absolutamente correlata e homóloga à estrutura do sintoma (S1/$: um sujeito que insistiria em representa-se por um significante fixo) no qual a dimensão de "significante mestre como enxame de sentido" sempre em movimento (S1), foi substituída por um significante tautológico, tendente a um sentido estático. Pode-se dizer que é à imagem e semelhança desse sentido tautológico que as respostas são buscadas no outro, como saber-poder; sempre interpelado na forma de alguma das figuras sociais desse saber-poder, percebida e recortada pelo sujeito no Território em que vive. Portanto, o destino desse laço social depende do modo como esse destinatário de sua queixa, (S1 em posição de trabalho, acima e à direita), vai responder.

Se o S1 responde de modo a sancionar a posição em que foi imaginariamente colocado pelo ($); então uma grande revolução no laço social se opera, e o ($) ficará ainda mais distante do *sentido* demandado para seu sofrimento e seu sintoma (demanda a ser entendida em termos gerais como retorno do recalcado). É fundamental não perder de vista que essa revolução no Modo de Produção leva o trabalhador ao lugar de agente "possuidor" do saber/poder, e o sujeito do sofrimento desloca-se para o lugar de "trabalho" como "objeto", configurando o Modo de Produção Discurso da Universidade (DU), indicado na Figura 13, como se verá adiante. Esse é o modo predominante da atual "prestação de serviços", no campo da Atenção em Saúde Mental.

Essa resposta do trabalhador da Saúde Mental como mestre supridor (S1), que foi colocado imaginariamente no lugar do trabalho, pode ser realizada de várias formas: pela utilização exclusiva de psicofármacos para o sofrimento psíquico, ou bastam enunciados, movimentos e, às vezes, afetos por parte do médico, ou qualquer outro trabalhador componente da equipe interdisciplinar que aceite "suprir" em sentido amplo: orientar, explicar e mesmo "interpretar" como hermeneuta do inconsciente, compassivamente ou não.

O mais provável, atualmente, é que essa ação de S1 na posição do "outro que trabalha para o sujeito do sofrimento" (acima, à direita no DS) seja realizada pelo psiquiatra ou qualquer outro médico dispensador de

medicamentos,[6] comumente orientado pelos princípios da psiquiatria--DSM. Desse modo, reafirma, para o indivíduo que busca ajuda, a pertinência e veracidade da sua suposição imaginária, certamente construída também a partir desse imaginário social, de que existe um "Outro" que detém todas as respostas para o sofrimento, e que pode operar de maneira instantânea. Em suma, a ação de mestres supridores sempre implica a administração imediata de algum tipo de objeto-suprimento: químico, afetivo, social, psicológico, econômico; comumente a serviço do funcionalismo e da reprodução social e psíquica do instituído.

Pode-se ver sem esforço que essa "passagem de discurso" em retrocesso (DU←DH) implica uma transmutação imediata do processo de produção da Atenção, que configura a situação geral das éticas tutelares e do cuidado, consideradas anteriormente: o sujeito do sofrimento passa ao lugar do "outro/trabalho" como objeto, e o operador (trabalhador da Saúde Mental), que inicialmente foi suposto no lugar do "outro" que iria trabalhar na cura, passa para o lugar de "agente" (assumindo a "suposição imaginária de saber" como a de "quem sabe de fato"). Na prática trata-se da encarnação do saber técnico (S2) da disciplina a partir da qual o trabalhador atua; saber que adquire a conotação de poder-saber. Nesse caso, o trabalhador é figurado no DU (Figura 13), como S1 no lugar da verdade (em baixo, à esquerda), o que expressa a meta do Modo de Produção: recalcar o S1 como significante mestre-intercessor, deixando agir o S2 enciclopédico (em cima, à esquerda): Não será por acaso que o trabalhador opera por significantes de significação estática, que geralmente repetem os códigos diagnósticos do DSM ou mesmo um "senso comum" social e psicoterapêutico, que a psicanálise denomina significados tautológicos do Outro.
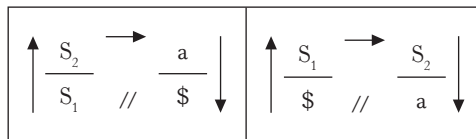
Figura 13 – Escritura dos laços sociais (Modos de Produção) Discurso da Universidade (DU) e Discurso do Mestre (DM), respectivamente.

6 Dados estatísticos indicam que os maiores dispensadores de medicamentos são, em primeiro lugar, os clínicos gerais, com ou sem treino formal para isso; em segundo lugar vêm os neurologistas; os psiquiatras aparecem apenas em terceiro lugar.

Na revolução de discurso que conduz ao DU, o sujeito acaba reduzido à posição de agenciado como objeto (a) e o saber de mestria (S2) assume o lugar do agente. Está instaurado o Discurso da Universidade. Nessa situação, o sujeito ($) que estava a um quarto de volta do lugar do trabalho (acima, à direita) no DS (Figura 12), reaparece apenas como efeito colateral do processo de produção modalizado como DU (abaixo, à direita). Nessa circunstância se (re)produz, embora não sempre, a divisão subjetiva em forma de permanência da angústia e do próprio sintoma, a pesar da ação supridora/supressora; não resta ao sujeito outra saída que a de reeditar sua demanda, geralmente em forma de *acting out*, mas sempre como "dar a ver o que já não foi ouvido". Demonstração dramática, mas vã da impotência dos suprimentos e sua resposta adaptativa, para equacionarem os impasses subjetivos. As barras paralelas (//) nesse caso indicam a disjunção radical entre o produto ($ como retorno da angústia dilacerante) e a meta produtiva desse Modo de Produção que está situada no lugar da verdade (S1 como significante tautológico, que é o próprio nome do diagnóstico comumente associado ao receitamento psicofarmacológico). Sob o pretexto da remoção sintomática, pela adição medicamentosa exclusiva ou preponderante, o mais comum é que as terapêuticas do suprimento reforcem o sentido tautológico já presente nas queixas e sintomas – formas fenomênicas da demanda. Fora os efeitos de sutura e tamponamento, que também ocorrem, a resultante comum, às vezes escandalosa, é que os sujeitos medicalizados ou submetidos às psicoterapias "da consciência" e "do comportamento" percebam ressurgir, ou mesmo redobrar-se, a angústia do sintoma; o que comumente os faz retornar à posição de demandantes de suprimentos psicofarmacológicos. O retorno sintomático sob a forma da angústia dilacerante predispõe à submissão ao lugar de objeto (a) no DU (do qual o Discurso da Ciência é homólogo estrutural). Contudo, do ponto de vista de um trabalhador-intercessor referenciado na ética da Atenção Psicossocial como está sendo proposta, cabe aquiescer frente a esse novo lance dos dados (quando não for possível interceder diretamente). Sempre existe a possibilidade de "sair" a "melhor hipótese": (re)abertura para o *sujeito do sofrimento* da dimensão crítica (objetora) da sua crise; nova oportunidade de situar-se no DS como sujeito dividido ($) no lugar do agente.

Se, portanto, o operador situado no laço social DS responder do lugar do saber-poder, encarnando um saber de mestria (S1); várias possibilidades

podem desdobrar-se: tamponamento da divisão subjetiva com a produção de uma adesão semelhante à do Discurso da Universidade; isto é, insistência dos significantes tautológicos que representam o sujeito em seu sintoma. Mas essa situação geral comumente se agrava com a aderência ao gozo proporcionado pelos psicofármacos, reafirmando a persistência lógica do Modo de Produção Discurso do Mestre, porém com sua nova feição hipermoderna, de Discurso do Capitalista (DC).
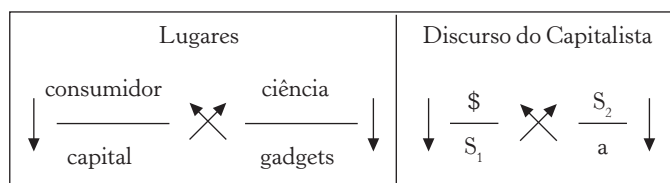
Figura 14 – Escritura laço social (Modo de Produção) Discurso do Capitalista (DC).

Nesta configuração do Modo de Produção de subjetivação Discurso do Capitalista, o *objeto* ameaça substituir o próprio sujeito de forma real ($←a ou consumidor←*gadget*/psicofármaco), isto é, produzem-se verdadeiramente novas toxicomanias, nas quais se pode afirmar que o próprio gozo do corpo almeja substituir a velha funcionalidade do sintoma (Santiago, 2001). Dito de outro modo, com essa revolução em retrocesso, os impasses foram apagados, permitindo que uma demanda de gozo do corpo eclipse por completo as objeções de sentido, restando em seu lugar apenas o aparente silêncio ideológico que caracteriza a ética do Discurso do Capitalista (DC).[7]

Há ainda outra situação particular, cuja análise pode enriquecer a compreensão das táticas necessárias ao psicoterapeuta-intercessor para se posicionar no Modo de Produção correspondente à ética do desejo e do carecimento. Trata-se da situação mais difícil e também a mais comum: aquela em que sujeito "comparece" apenas por uma espécie de negatividade: ausente a dimensão crítica de seu sofrimento, o sujeito se projeta, inerte, como objeto da ciência psiquiátrica (atravessamento do DS pelo DM e o DC). Nessas circunstâncias o sujeito (tanto na definição de "um indivíduo mais inconsciente, quanto na definição lacaniana de sujeito de um significante;

7 Ver o ensaio 5 "Para uma crítica da razão medicalizadora: o consumo de psicofármacos como Sintoma Social Dominante", neste livro.

situações que o situariam no Modo de Produção DS) se apresenta velado pelas estruturas DM e DC, e sua produção de subjetividade parece restrita à posição de consumidor, às vezes, compulsivo.

Essa estruturação DM advém da própria circunstância do sujeito representar-se por um significante (S1) de inércia tautológica, para outro significante (S2) de inércia enciclopédica, processando uma relação com a pulsão caracterizada pela perda/dissipação de gozo. A causa/meta/verdade dessa modalidade de subjetivação (à esquerda, sob a barra de recalcamento) é constituída no plano amplo dos processos sociais de produção de subjetivação como meta de anulação do sujeito em sua determinação essencial de devir-sentido. Para operar a passagem do sujeito à posição de agente dividido *em ato* (devir-sentido), será necessária uma revolução adicional nos Modos de Produção

Agora não é suficiente suspender o S1 (não se trata apenas de suposição de mestria); é preciso driblar o próprio S2 (suposição de saber/poder deslocada para formas pasteurizadas: o indivíduo busca o saber médico-científico na forma específica dos psicofármacos). Essa é uma forma de percepção e de resposta ao sofrimento psíquico plenamente presente, justificada e aplaudida pela ideologia vigente na sociedade atual, como efeito da crença na Ciência e seus suprimentos (a estrutura do DC, Figura 14, indica claramente a inércia entre essa configuração da Ciência e a da Formação Social: Ciência←Capital). Tudo isso concorre para que a operação de deslocamento do sujeito dessa posição assuma ares de tarefa gigantesca. Como demovê-lo dessa posição de agente de "direitos do consumidor" (usuário), senão através de um radical *não instrumental* capaz de bifurcar (*klinamen*) sua posição de consumidor-consumido em direção à de sujeito interrogado por sua divisão: um sujeito portando, em retorno, essa angústia previamente dirigida ao Discurso da Ciência e recusada por ela? Apenas desse modo estaria lançada a chance de reintroduzir a angústia no plano do sintoma, e o sujeito como agente em sua divisão (no DS); passaporte mínimo para o acesso à posição capaz de relançar os dados com alguma chance de abrir uma oportunidade de trabalho subjetivo singularizado, que já parecia perdida.

Mas sabemos que demandas portadoras dessa consistência subjetiva são dirigidas apenas ao psiquiatra suposto-distribuidor de psicofármacos. Como, então, desbancá-las na direção proposta pela ética da Atenção Psi-

cossocial, sem a proposição de uma modalidade de *psiquiatra psicossocial* realizada por um psiquiatra capaz operar sob um *Modo de Produção* "não tão médico"?[8]

A revolução de discurso que interessa ao Modo de Produção da práxis na Atenção Psicossocial

Essa última circunstância concreta do sujeito do sofrimento tornou-se tão comum que chega a ser percebida por todos como trivial: tanto os sujeitos do sofrimento psíquico, quantos os trabalhadores da Atenção Psicossocial parecem absolutamente convencidos de que sua casa (como seu *aí*) é o Modo de Produção DU; o que determina gravemente as modalidades das *ofertas de possibilidades de transferência* (dadas pelos trabalhadores), e as *possibilidades de realizar a transferência* (vindas dos sujeitos). As razões essenciais desse fato já estão suficientemente indicadas neste ensaio. Portanto, examinemos especificamente as vicissitudes da situação na qual, o sujeito do sofrimento encontra a *oferta de possibilidades transferenciais* referenciadas na ética da Atenção Psicossocial; potencialmente capazes de interceder para que ele chegue a se situar no Modo de Produção DS. Antes, porém, aproveitemos a oportunidade surgida neste ponto para sublinhar que todas as revoluções nos modos da produção de que se trata no campo da Atenção Psicossocial, e nas próprias instituições de Saúde, só podem ser efetivas se realizadas *sob transferência*: particularidade sutil das revoluções nos modos do processo de subjetivação

Agora é necessário avançar mais um passo para explicitar a importância de caracterizar uma modalidade decidida de exercício da práxis no DS, referenciada no DA, como seu horizonte ético-político. De imediato, reafirmemos a tese de que a revolução no Modo de Produção que interessa à práxis da Atenção Psicossocial é regida pelo horizonte de uma figura particular do sujeito ético-político, *sujeito como sujeito do carecimento e do desejo/pulsão*. Já sabemos que essa condição incide diretamente como determinante do modo das ações dos trabalhadores-intercessores, terapeutas ou outros. Pois bem, não se pode ser ingênuo e supor que o engajamento em um modo tão

8 Ver o ensaio 6 "Um psiquiatra não tão médico: o lugar necessário da psiquiatria na Atenção Psicossocial", neste livro.

singular de suas práticas poderia ser obtido a partir de ensinamentos ou conclamações persuasivas. Ele só pode ser resultante de um engajamento ético-político do próprio trabalhador na ética do sujeito do carecimento e do desejo. Ora, que motivações poderiam levar os trabalhadores, como trabalhadores, a compartilhar tal horizonte ético-poítico, senão seus próprios posicionamentos ético-políticos e subjetivos; resultantes das motivações particulares que geram suas opções éticas em sentido amplo?

O exercício de reflexão que é proposto neste ensaio parte, portanto, da constatação da existência de um conjunto importante de trabalhadores dispostos a parametrar sua práxis pelo ideário teórico, técnico e ético desse conjunto de instituições integrantes da Estratégia Atenção Psicossocial,[9] que dá estrutura concreta ao conjunto avançado das práticas da Reforma Psiquiátrica brasileira, nomeadas Atenção Psicossocial.

Esclarecidos esses pontos cruciais, podemos continuar a análise. Esse posicionamento do trabalhador assenta na afirmação inquestionável da tese de que no indivíduo demandante de Atenção para o sofrimento psíquico e demais impasses subjetivos sempre há *sujeito.* Portanto, o indivíduo comparece colocando sempre em cena uma dimensão de agente, como sujeito dividido entre a consciência e o inconsciente ($), dito de outro modo, sua vinda é *potência em ato* para entrar no Modo de Produção DS. Isso implica que o trabalhador, aceitando que o sujeito possa titubear pelas razões já assinaladas, saiba "conduzir" a situação, a partir da interceptação da suposição transferencial feita sobre sua pessoa. Onde os sujeitos do sofrimento esperam ações de um "suposto-saber-poder", o trabalhador suspende todos os saberes/suprimentos, dando o tempo para se consubstanciar o Modo de Produção DS (pela emergência do caráter de crise e objeção própria dos sintomas); para que a partir dele se criem as condições para uma revolução no Modo de Produção bem diferente do retrocesso antes assinalado em direção ao DU. Uma revolução no Modo de Produção sentido/significância/ação, que caracteriza cabalmente a ética do sujeito do carecimento e do desejo/pulsão. Trata-se da passagem discursiva que leva do Modo de Produção DS ao Modo de Produção Discurso do Analista (DA, Figura 12).

Só essa revolução abre caminho para o sujeito passar à posição de trabalho como protagonista (lugar do outro na estrutura do processo de produ-

9 Ver o ensaio 3 "A Estratégia Atenção Psicossocial: novas contribuições", neste livro.

ção; acima, à direita). Diferença radical: essa ação do intercessor capaz de consubstanciar o DS implica a capacidade de fazer advir o S1 como Significante Mestre, como enxame de sentido, tal como definido anteriormente. Só aí nos aproximamos àquela definição do *sujeito* correlata dos conceitos de *carecimento* e *desejo/pulsão*, que a leitura dos conceitos freudianos de desejo e pulsão nos descortinou, a partir do sujeito heideggeriano da ética do curar-se/cuidar-se. Portanto, é necessário visar os sentidos especificamente freudianos e lacanianos para o termo sujeito: um indivíduo com inconsciente e também um efeito de sentido capaz de operar cortes na significação subjetiva alienante instituída; um homem sempre constituído como tal; dentro de um campo sociossimbólico. Em suma, apenas uma práxis assim concebida e realizada é capaz de atualizar nas práticas da Atenção Psicossocial, uma concepção de sujeito distinta das comumente admitidas: aí o protagonismo não cabe apenas à intencionalidade ou à consciência – cabe ao saber inconsciente, ao desejo e à pulsão em suas diferentes inscrições possíveis na realidade subjetiva (*Realität*).

Dito de outro modo, para que o saber possa permitir o reposicionamento subjetivo e sociocultural do sujeito em relação ao sentido de sua existência cotidiana é necessário que tal saber seja efeito da ciclagem do próprio S1 tautológico do sintoma (com o sofrimento que lhe é correlato). Isso só pode ser obtido com o deslocamento operado pelo trabalhador, das diferentes figuras do mestre supridor para a posição de trabalhador-intercessor; uma função que constitui a operatividade característica do agente no Modo de Produção DA (acima, à esquerda): aí o agente-intercessor faz "semblante de ação"; uma modalidade do agir absolutamente singular, cuja função é barrar o saber/fazer/cuidar pelo sujeito do sofrimento. Conforme dito em outro lugar, trata-se daquilo que Lacan nomeou ignorância douta; um saber que sabe de seu limite radical, isto é, não poder saber/fazer pelo outro.

Eis uma modalidade de ato que, embora inclua dois (sujeito do sofrimento e trabalhador), remete a Um (S1) como produção singular e inalienável *de sujeito* (Lacan, 1992). Esclarece-se, desse modo, porque se trata de um saber que não se ensina nem se aprende, ou se encomenda, e que apenas pode *saber-se em ato*, no ato da sua produção.

A fim de ampliar as possibilidades de compreensão dessa operatividade singular proponho aproximá-la do conceito de intercessores (Deleuze, 1992). Dito de modo mais simples, o trabalhador torna-se apto a assumir

a posição intercessora de forma planejada, se aceitar fazer semblante *de saber-poder-fazer;* só então logra algum sucesso em perseguir os resultados terapêuticos e éticos fora da tutela e do cuidado compassivo. Guardando a suspensão do saber que lhe é imaginariamente atribuído, realiza o trabalho que lhe cabe: facilitar, propiciar e desencadear a operatividade do saber/fazer dos próprios sujeitos da práxis, na práxis; seja ela referida aos impasses do sofrimento com origem acentuada em fatores psíquicos ou em fatores sociais e ético-políticos.

Vale a pena aproveitar a oportunidade para lembrar que apenas nesse caso, e em mais nenhum outro, o trabalhador-intercessor pode ser considerado um participante de fato incluído na práxis da Atenção Psicossocial tal como definida pela ética do carecimento e do desejo. Isso é consequência do fato já sublinhado de que o processo de produção com seus modos – quando aplicado à produção da *subjetividadessaúde* e à produção de outras formas de implicação subjetiva e sociocultural na produção e (re)produção da realidade do homem como homem – só opera sob a forma de trabalho que a psicanálise elucida a partir do conceito de transferência; uma forma singular de vínculo entre "trabalhadores" da práxis em seus variados contextos e configurações. Mais uma vez, para ampliar a possibilidades de transmissão das teses apresentadas, é possível aproximar esse vínculo entre "trabalhadores" na práxis da Atenção Psicossocial a algumas formas de trabalho cooperado.

Particularizando a análise para a clínica mais estrita, pode-se perceber que esse modo de arranjar, técnica e teoricamente, a práxis da uma psicoterapia dos processos de subjetivação fundada na ética da psicanálise do campo Freud-Lacan nos permite visualizar melhor a radicalidade dessa ética em relação às deontologias analisadas anteriormente. A dimensão ética e política da Clínica na Atenção Psicossocial, necessariamente desalinhada do DM, do DC e do DU (este têm como corolários o Discurso da Ciência e da própria Psiquiatria como ciência médica), consistem em devolver ao sujeito ($) a possibilidade de reintroduzir a dinâmica das escolhas decididas da relação com o Significante Mestre que o representa, nos seus processos de subjetivação (Brousse, 2003). Outro modo de dizer que a ação intercessora deve pautar-se pela "ajuda" ao sujeito para que possa reposicionar-se como agente protagonista em relação ao sofrimento sintomático que o aliena em uma representação de si parasitada pelos significantes sociais da adaptação

ao instituído insuportável. Dito de outro modo, o essencial é trabalhar ali no plano subjetivo privatizado dessa relação do indivíduo com o instituído que opera para anestesiá-lo dos seus próprios efeitos, a fim de que ele recupere a dimensão crítica ampla dessa crise experimentada como exclusivamente sua, e se engaje ativamente no trabalho de solução dela. Não seria esse um ponto de partida, necessário em sentido forte, para seu reposicionamento ativo também em relação à estrutura de seus vínculos com a realidade social propriamente dita? Esse reposicionamento experimentado como subjetivo pode permite-lhe apropriar-se de um modo singular de responder à conjuntura contraditória e conflituosa que o atravessa e na qual é atravessador, tanto em termos subjetivos quanto sociais e culturais.

Por fim, elucidada a situação do DS e a passagem ao DA operada pelo seu manejo freudiano, devemos sublinhar que esses deslocamentos do Modo de Produção, nas situações concretas dos impasses que procuram a Atenção Psicossocial, só podem ser feitos guardando todas as características e peculiaridades de cada situação. Portanto, uma coisa é a elucidação teórica dessas passagens, fundando uma ética; outra coisa são as transformações em cada caso. Essas devem considerar a complexidade das situações socioculturais e subjetivas, e as conjunturas particulares das instituições e dos coletivos de trabalhadores, através de cuja mediação necessariamente se opera cada trabalhador da Saúde Mental Coletiva.

Conclusões

O percurso realizado pelas "éticas da psiquiatria" indicou a presença de alguns princípios e constatações comuns entre elas, sobretudo quanto ao processo de produção dos "cuidados" ao sofrimento psíquico, e quanto a seus participantes (trabalhadores da Saúde e *sujeitos do sofrimento*). Essas éticas mal disfarçam sua apreensão deontológica – sua função de conjunto de deveres profissionais e de princípios de ação eticamente corretos no trato com o outro como semelhante – das relações que a produção no âmbito particularíssimo das práticas em Saúde Mental Coletiva exige.

Trabalhadores da Saúde e sujeitos do sofrimento são vistos como coparticipantes de um processo, cujo alcance não vai muito de suas ações e engajamentos particulares como indivíduos; daí sua caracterização como

agentes psicológicos dotados de consciência e vontade. Nada é dito sobre o processo de produção desse cuidado e suas modalizações possíveis. Menos, ainda, se diz sobre as potenciais inter-relações do processo de produção no campo da Atenção em Saúde, e dos demais processos da produção da vida econômica, social e cultural (nos quais domina, ainda, o Modo Capitalista de Produção, no que pesem seus importantes desdobramentos e transformações tardios, sobretudo neste período nomeado hipermoderno).

Especificamente no âmbito da ética, o *sujeito do sofrimento* pode ser visto, segundo as características da sua ação: "sujeito como ser objeto" (ética tutelar), ou "sujeito como ser agente privado" (ética da interlocução), ou "sujeito como ser político" (ética da ação social). Todas essas figuras devem ser atravessadas por uma concepção do "sujeito como ser moral" regido por uma única máxima negativa: "não à crueldade!"; o pior que se pode fazer ao semelhante. Note-se que, para essas éticas, a crueldade é o pior; e este está sempre do lado do Mal. Passa-se ao largo da constatação freudiana de "um pior" que se aloja do lado do Bem; sobretudo quando o bem do sujeito é situado por ele do lado de seu gozo. Ora, sabemos que entre as figuras da "maldade do gozo", enunciadas por Freud (e antes dele por Marx, de outro modo), a pior consiste em fazer do semelhante o objeto extremo de seu gozo.

Após a indicação das grandes dificuldades demonstradas por essas éticas em integrar os diferentes planos do sujeito privado (carência) e suas demandas de objetos de suprimento imediato ou teleológico; e após uma pequena incursão pelas discussões especificamente filosóficas da ética, que nos permitiu garimpar uma forma do sujeito para além das deontologias; chegou-se à proposição de uma figura do sujeito, originalmente freudiano e marxiano, definido e nomeado como sujeito do carecimento e do desejo/pulsão. Absolutamente imprescindível à ética exigida pela práxis do paradigma da Atenção Psicossocial.

A fim de conseguir maior clareza, mas conservando a complexidade e a consistência necessárias à ética ao sujeito do carecimento e do desejo, nos aventuramos numa viagem pelos discursos como laços sociais, criados por Jacques Lacan no campo da psicanálise, propondo um leve deslocamento de matiz marxiano, para analisar os contornos e os efeitos singularíssimos do processo de produção da *subjetividadessaúde*, e da própria produção da configuração necessária às instituições e seus coletivos de trabalhadores, componentes inalienáveis dos *meios* dessa produção.

Tomaram-se os discursos como modos do processo de produção, a fim de analisar a dita produção de cuidados, portanto muito além dos discursos como enunciados. As quatro modalidades básicas dos laços sociais como Modos de Produção, enunciadas por Lacan, nos permitiram extrair as formas de Atenção (cuidado) possíveis a partir delas, e isso nos permitiu visualizar melhor a ética desejável para o campo da Atenção Psicossocial considerada em sua meta política de revolução paradigmática em relação ao PPHM ainda dominante. Uma consequência imediata dessa análise foi constatar a necessidade da "tradução" do *Sorge* heideggeriano como cura no sentido de "cuidar-se" (Lacan, 2005), fora das referências "cristianizadas" que leem a cura como "cuidar de".

O passo importante que procuramos dar, a mais, consistiu, entretanto, em mostrar a especificidade da coadjuvância do operador "psi", ou de quaisquer outros que atuem no campo, e a especificidade do processo de produção, bem como dos efeitos produtivos que tal intercessão determina; e como alcançá-los. No cerne dessa ética opera a tese de que o sujeito ($), embora dividido, sempre se apresenta potencialmente como agente, sapiente, demandante, objetor e desejante. Ao mesmo tempo, referenciado a Ideais que funcionam como sua causa, por mais que, às vezes, ele apareça em extremo estado de alienação social e subjetiva, e orientado teleologicamente para os objetos do consumo imediato. Como política, essa ética determina necessariamente certas estratégias e mesmo certas táticas: não admite, qualquer compaixão pelo outro, também não se detém em qualquer tipo de identificação fraterna, compassiva ou ideológica, com "sua causa"; menos, ainda, com seu sofrimento ou com qualquer ideia de minoridade social.

Os efeitos produtivos visados e alcançados foram considerados em dois âmbitos interconectados e imbricados: carecimento e desejo. Essa imbricação é imprescindível por recompor aquilo que define o homem como tal, que só expressa suas potencialidades a partir de sua relação entre homens; com todas as mediações desse "entre", das quais é preciso dar destaque fundamental para a mediação da linguagem como campo do Simbólico; sem a qual seria difícil definir o sujeito além do social, com sua dimensão de indivíduo mais o inconsciente. A exigência da dimensão da linguagem é necessária para se perceber que há um "entre", *a mais*, que define essa dimensão do sujeito (como indivíduo mais inconsciente, e como "sujeito de um significante"): sujeito entre significantes, ou seja, também como pro-

cesso de produção ininterrupta e infinita de sentido/significância para a sua existência (ex-sistência); aliás, esse seria é o sentido mais próximo do "ser de cuidado" a que se refere Heidegger em *Ser e tempo*.

Considerando especificamente do intercessor psicoterapeuta pautado na ética da Atenção Psicossocial, foi preciso partir do reconhecimento de que seu lugar é função do próprio campo de intercessão (campo transferencial); pois este o antecede e gera a eventual necessidade de sua presença, que é necessariamente transitória e de ação conjunta com outros intercessores (analisadores) presentes na situação. Posto isso, podemos vislumbrar mais claramente, em síntese, como pode operar-se a revolução que define a ética da Atenção Psicossocial como ética do desejo e do carecimento. Primeiro, é preciso reconhecer a posição do sujeito ($) como agente demandante e proprietário único de um saber capaz de dar conta de seu sofrimento e também da possibilidade de produzi-lo, mesmo que na ocasião do primeiro encontro ele o atribua ao outro situado como mestre (S1) e se fixe na exigência imediata de sentidos tautológicos para sua existência. Segundo, é preciso reconhecer a especificidade desse saber para além da consciência e vontade (embora seja preciso notar também que estas não estão excluídas), como saber inconsciente, determinando a posição do sujeito como protagonista nas condições dadas tanto da sua história sociocultural quanto da sua história subjetiva. Terceiro, é preciso reconhecer a posição do sujeito como produção de sentido, como corte no instituído, como sujeito que aparece em forma de significante no Outro (Lacan, 1982), ou seja, sujeito como enunciação de sentidos novos, concretizados em significantes novos, produzidos na própria intercessão significante, e que podem permitir ao indivíduo remanejar o sofrimento subjetivo e sua posição nos laços sociais que o atravessam e nos quais é atravessador. Por último, é preciso reconhecer a necessidade de suspensão radical do saber enciclopédico-pedagógico-cuidador, por parte do operador (suspensão no sentido dialético do termo). Dito de outro modo, quando são suspensas as ações de comando e compaixão, mesmo que ainda seja necessário operar no Discurso do Sujeito (DS), já é possível considerar que estamos operando na direção inequívoca da ética do desejo e do carecimento. Essa ética é a única realmente capaz de produzir as condições para a substituição das subjetividades serializadas, nas quais emergem os sintomas e outros impasses, pela subjetividade singularizada, homóloga ao estado da subjetividade e da relação saúde-adoecimento que

temos nomeado *saudessubjetividade*, que define o horizonte e mesmo a meta ética que caracteriza o paradigma da Atenção Psicossocial, em todas as suas ações, e não apenas naquelas considerada especificamente terapêuticas.

Numa análise das possibilidades da efetividade dessa ética para a Atenção Psicossocial é impossível não perceber todos os fatores de inércia que estão em jogo nas éticas tutelares e consumistas em suas diferentes fisionomias, sobretudo sua homologia com a lógica e a ética do Modo Capitalista de Produção neoliberal globalizado consumista. Isso aponta para a conclusão de que não pode ser da alçada de um operador isolado, e nem mesmo de um campo de ação isolado como o da Atenção ao sofrimento psíquico, a consolidação de uma ética que vise substituir radicalmente tais éticas. Entretanto, isso não deve desarvorar, pois a persistência e a tática da ação "micropolítica" nas brechas do instituído é a única saída capaz de estar concretamente em sintonia com a reivindicação de uma ética do desejo e do carecimento que, embora às vezes de forma negativa, sempre se expressa no sentido inerente às diversas formas de sofrimento e de outras queixas.

Nessa perspectiva de análise, as pulsações político-desejantes constituem sempre a (sub)versão dos sintomas e das diferentes irrupções da angústia – pois sempre há política no desejo e desejo na política, ao menos no sentido em que convém considerá-los aqui –, daí a necessidade da proposição de que essa subversão deva ser almejada e relançada, como efeito de enunciação, para os sujeitos e os coletivos; através de revoluções nos discursos como laços sociais, isto é,por meio de revoluções nos modos do processo de produção de subjetividade, e do próprio processo de produção saúde-adoecimento-Atenção.

Finalmente, convém sublinhar dois desdobramentos importantes da análise realizada. Por um lado, é pertinente e necessário derivar essa análise dos movimentos dos laços sociais como Modos de Produção diretamente para o trabalho com os coletivos diversos, especificamente psicoterapêuticos ou outros; sem o quê se correria o risco de falsear a amplitude da ética proposta. Por outro lado é preciso notar que, apesar de enunciarmos a ética essencial à Atenção Psicossocial tomando como referente básico o *sujeito do sofrimento psíquico*, esse conjunto de proposições pode ser desdobrado para referenciar situações de outras demandas do campo social e institucional, e para outros intercessores e outros processos de intercessão, além das clínicas e das práticas "psi", mais comumente situadas no campo da Saúde Mental Coletiva.

Para concluir: uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação

Depois de todas as questões levantadas e analisadas nesses ensaios não pretendo mais do que deixar umas poucas pinceladas finais, ao estilo impressionista. Nada mais que a retomada, em grandes traços esparsos, de algumas de minhas contribuições, necessariamente a serem somadas a outras, para a construção coletiva de uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação.

Aqui o termo crítica é mais que um adjetivo. É o redobramento da própria ideia de *clinâmen*. Uma clínica do bifurcar sentido, clínica da intercessão de sentidos. Bifurcamento a ser produzido pelo indivíduo situado como sujeito dividido no lugar do agente no laço social Discurso da Histeria, ao recuperar os sentidos recalcados em sua própria história psíquica. E *clinâmen* de sentido a ser produzido a partir da enunciação significante. Trata-se da dimensão do sujeito como acontecimento de sentido emergente, como corte nos enunciados ideológicos ou "sintomáticos". Sujeito no lugar do outro que trabalha, ao produzir, no laço social Discurso do Analista, os sentidos inéditos capazes de significantizarem o gozo angustioso irredutível ao sentido recalcado.

O termo crítica refere também uma dimensão política, isto é, ética dessa clínica que, dando aos diferentes impasses subjetivos (o sintoma é apenas um dos casos) seu caráter de objeção radical ao contexto sociocultural-territorial em que emergem, deve decantar sempre os momentos paroxísticos sob os quais essa objeção aparece como problemática privada do indivíduo, fazendo-a remontar à situação crítica (originária) da qual o sofrimento e os impasses privatizados são só o efeito mais imediato. Dito de outro modo,

fazer as queixas remontarem às suas crises de origem, e restituir às crises à sua força crítica.

A clínica do *clinâmem* é crítica também no sentido em que se visa produzir os significantes mestres que recolocam a implicação subjetiva nos conflitos e contradições com vistas ao reposicionamento do sujeito no desejo e carecimento. Em outras palavras, trata-se de uma Clínica Crítica por sua ética transdisciplinar que, pondo o indivíduo e o sujeito no lugar protagonista da produção, permite seu reposicionamento nas queixas e nos impasses dos quais elas se originam. Sua finalidade e também seu fim, podem ser designados pelo "horizonte ético" que é sua causa: criação dos sentidos decididos do posicionamento do sujeito no simbólico.

A clínica do *clinâmen* é uma clínica critica dos processos de subjetivação e seus impasses por ter superado o princípio doença-cura, pertencente ao Discurso Médico, às psicoterapias de apoio e de modificação do comportamento, e mesmo a certas formas da psicanálise. As contribuições freudianas aqui são insubstituíveis: uma "psicopatologia da vida cotidiana" indicando processos de subjetivação no limiar da dor de existir, sem caráter de impasse; e a consideração freudiana do sonho, do sintoma, e mesmo do delírio, vistos como outros processos de subjetivação visando a manutenção ou reconstrução da realidade psíquica.

Para uma clínica critica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva ao final não se trata de sanidade ou loucura. Fala-se em impasses diversos dentro das modalidades do processo de subjetivação, impasses eles próprios, processos de subjetivação em estado de maior ou menor crise. A consequência imediata dessas concepções é que fica totalmente vetado ao intercessor, operador dessa clínica, privar o sujeito de seu impasse, tampouco poderá resolvê-lo por ele. O que seria o mesmo que impedi-lo de fazer algo com seu Saber inconsciente.

Referências

AGAMBEN, G. *A linguagem e a morte*: um ensaio sobre o lugar da negatividade. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2006.

ALMEIDA, L. M. et al. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: Ilha do Governador. *Cad. Saúde Pública*, v.10, n.1, p.5-16, mar. 1994.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.2, n.1-2, p.5-20, 1997.

ALTHUSSER, L. *Aparelhos ideológicos de Estado*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

______. Marx e Freud. In: EVANGELISTA, W. J. (Org.) *Luiz Althusser: Freud e Lacan; Marx e Freud*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

ALTOÉ, S. (Org.) *René Lourau, analista institucional em tempo integral*. São Paulo: Hucitec, 2004.

AMARANTE, P. (Org.) *Loucos pela vida*: a trajetória da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: SDN/ENSP, 1995.

______. *O homem e a serpente*: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

______. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: ______. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

ANDRADE, L. H. S. G. et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Psiquiatria Clínica*, n.26, p.257-61, set.-out. 1999.

ANZIEU, D. *O grupo e o inconsciente*: o imaginário grupal. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, Associação Paulista de Saúde Pública, v.1, n.1, p.16-29. jan.-jun. 1992.

BARUS-MICHEL, J. *O sujeito social*. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2004.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEZERRA, B. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.137-42.

BION, W. R. *Experiências com grupos*. São Paulo: Imago; Edusp, 1975.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade*: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL. *Saúde mental e Atenção Básica*: o vínculo e o diálogo necessários. Coord. de Saúde Mental e Coord. de Gestão da Atenção Básica, s. d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.

______. Relatório final. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, 1986.

______. Relatório final. In: III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002.

______. Ministério da Saúde. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, jan. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.

______. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.

______. *Saúde Mental no SUS*: os Centros de Atenção Psicossocial. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004b.

______. SAS/Dapes. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental,* 2012. 36p. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 15 maio 2013.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista.* Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

BROUSSE, M. H. *O inconsciente é a política.* São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2003.

BRUNO, M. *Lacan e Deleuze*: o trágico em duas faces do além do princípio do prazer. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

CABAS, A. G. *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan*: da questão do sujeito ao sujeito em questão. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.393-403, 1999.

______. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: ______. (Org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006.

CAMPOS, R. H. F. A função social do psicólogo. *Educação e Sociedade*, São Paulo, n.16, 1983.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, v.25, n.58, p.98-111, 2001.

CANEVACCI, M. *Dialética da cámilia*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

CAPLAM, G. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v.43, n.1, p.161-7, mar. 2009.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, v.9, n.1, p.121-9, abr. 2004.

CAVALCENTI, M. T. Ética e assistência à Saúde Mental. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (Org.) *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

CERQUEIRA, L. *Psiquiatria social*. Rio de Janeiro e São Paulo: Livraria Atheneu, 1984.

CLAVREUL, J. *A ordem médica*. Poder e impotência do Discurso Médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CODO. W.; LANE, S. T. M. (Org.) *Psicologia social*: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1984.

COOPER, D. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1967.

COSER, O. *Depressão*: clínica, crítica e ética. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COSTA, J. F. *Psicanálise e contexto cultural*: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

______. Éticas da Psiquiatria. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (Org.) *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

COSTA, J. S. D. et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas (RS). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.5, n.2, p.164-73, ago. 2002.

COSTA-ROSA, A. da. *Saúde mental comunitária*: análise dialética de um movimento alternativo. São Paulo, 1987. 546p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1987.

______. A essência das práticas em Saúde Mental alternativas ao modelo asilar: o modelo psicossocial. In: II CONGRESSO DE PSICOLOGIA, SEXTA REGIÃO. São Paulo. *Anais*... São Paulo: Oboré; Conselho Regional de Psicologia, 1992.

______. Modo Psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos em Saúde Coletiva. *Revista Vertentes*, São João Del Rei, v.5, p.7-26. 1999.

______. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.) *Ensaios:* subjetividade, Saúde Mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

______. *O grupo psicoterapêutico no Discurso do Analista*: um novo dispositivo da clínica na Atenção Psicossocial. Assis: Unesp, 2005. (mimeo.)

______. Ética e clínica na Atenção Psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde e Sociedade*, v.20, n.3, p.743-57, 2011.

COSTA-ROSA, A. da. et al. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma em Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

COSTA-ROSA, A. da; YASUI, S. Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In: RABELO, I. V. M. et al. (Org.) *Olhares, experiências de CAPS*. Goiânia: Kelps, 2009.

CREMESP. *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do estado de São Paulo*. Coord. Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

DELEUZE, G. *Conversações (1972-90)*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DEVERA, D. *A Reforma Psiquiátrica no interior do estado de São Paulo*: Psiquiatria reformada ou mudança paradigmática? 2005. 195p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Assis, 2005.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da Unesp*, v.6, n.1, 2007.

DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DOR, J. *Introdução à leitura de Lacan*: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

DSM IV. Disponível em: <http://virtualpsy.locaweb.com.br/ dsm_janela.php?cod=38>. Acesso em: 4 maio 2009.

DUMÉZIL, C. *A Escola do Sujeito*: ética, desejo de analista, nomeação. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2005.

FAZENDA, I. C. A. *Interdisciplinaridade – um projeto em parceria*. São Paulo: Loyola, 1991.

FERRAZZA, D. A. et al. A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. *Revista de Psicologia da Unesp*, v.9, n.1, p.36-9, 2010.

FERREIRA, A. P. Ação e reflexão no campo dos cuidados. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. *Clínica e pesquisa em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (Org.) *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

FIGUEIREDO, A. C. et al. O trabalho em equipe na Atenção Psicossocial: a "prática *entre* vários". In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL e VII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL, 2006. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.40.3.htm>. Acesso em: 12 dez. 2010.

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde Mental na Atenção Básica*: um estudo hermenêutico-narrativo sobre apoio matricial na rede SUS-Campinas. 2006. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

FINK, B. A causa real da repetição. In FELDESTEIN, R. et al. (Org.) *Para ler o Seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FIORAVANTE, E. Modo de Produção, Formação Social e processo de trabalho. In: ______. et al. (Org.) *O conceito de Modo de Produção*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FLEMING, M. *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT. M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

______. *Em defesa da sociedade*. Curso no Collège de France (1975-76). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FREUD, S. Construcciones em psicoanalisis [1937]. In: ______. *Obras completas*. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva, s. d.(a).

______. El porvenir de una ilusion [1927]. In: ______. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, s. d.(b). t.III.

______. La sexualidad femenina [1931]. In: ______. *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, s. d.(c.) t.III.

______. Luto e melancolia [1915]. In: ______. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud – Vol. XIV*. Rio de Janeiro: Imago, 1980a.

______. Psicologia de grupo e análise do ego [1921]. In: ______. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud – Vol. XVIII*. Rio de Janeiro: Imago, 1980b.

______. Repressão (*Verdrängung*) [1915]. In: ______. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud – Vol. XIV*. Rio de Janeiro: Imago, 1980c.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v.11, n.22, p.1-12, 2008.

GOFMAN, I. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOLDBERG, J. I. *Clínica da psicose*: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Editora Te Cora, 1996.

GOLDENBERG, R. (Org.) *Goza!*: capitalismo, globalização e psicanálise. Salvador: Ágalma, 1997.

GOLDER, E.-M. *Clínica da primeira entrevista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.24, n.9, p.2043-53, set. 2008.

GONÇALVES, L. H. P. *Discurso do Capitalista*: uma montagem em curto-circuito. São Paulo: Via Lettera, 2000.

GORZ, A. *Crítica da divisão do trabalho*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

GRUPPI, L. *O conceito de hegemonia em Gramsci*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

GUATTARI, F. *Revolução molecular*: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1981.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica*: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

HASSAN, S. E. *Psicanálise e psicofármacos*: duas pontuações acerca do sujeito do inconsciente. 2009. Disponível em: <http://www.psiconet.com/foros/psicofarmacos/hassan3.htm>. Acesso em: 11 set. 2010.

HEGEL, W. *Ciencia de la logica*. Buenos Aires: Solar Hachete, 1974.

HEIDEGGER, M. *Ser e tempo*. Petrópolis; Bragança Paulista: Vozes; Editora Universitária São Francisco, 2006. Primeira parte, capítulo 6.

HILDEBRANDT, L. M. et al. Prevalência no consumo de psicotrópicos pela população assistida por um serviço municipal público de saúde. In: IV CONGRESSO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS, 2006, Buenos Aires. *Anais*... Disponível em: <http://www.madres.org/asp/contenido.asp?clave=1496>. Acesso em: 19 maio 2009.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde*: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JERUSALINSKY, A. Gotinha e comprimidos para crianças sem histórias: uma patologia pós-moderna para a infância. *Textura – Revista de Psicanálise*, v.5, n.5, 2005.

JORGE, M. A. C. Discurso Médico e discurso psicanalítico. In: CLAVREUL, J. *A Ordem médica*: poder e impotência do Discurso Médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

JULIEN, P. *O estranho gozo do próximo*: ética e psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KAËS, R. *El aparato psíquico grupal*: construcciones de grupo. Barcelona: Gedisa, 1997.

KOHN, R. et al. O ônus e a carência de atendimento da Saúde Mental no Brasil. In: MELLO, M. F. et al. (Org.) *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

KYRILLOS NETO, F. Reforma Psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Alethéia*, n.30, p.39-49, 2009.

LACAN, J. *O seminário 11*: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

______. O *mito individual do neurótico*. Lisboa: Assírio e Alvim, 1980.

______. *A terceira*. Escola Freudiana de São Paulo: Departamento de Publicações Internas, 1981.

______. *O seminário 20:* mais ainda. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

______. *O seminário 03:* as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

______. *O seminário 07:* a ética da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

______. A Psiquiatria inglesa e a guerra. In: ______. et al. *A querela dos diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

______. *O seminário 17*: o avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

______. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a.

______. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: ______. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998b.

______. *O seminário 05:* as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
______. *O triunfo da religião*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005a.
______. *O seminário 10*: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005b.
______. *O seminário 23:* o sinthoma. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
______. *O seminário 18*: de um discurso que não fosse semblante. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.
LAPASSADE, G. *El analizador y el analista*. Barcelona: Gediza, 1971.
LAURENT, E. *Versões da clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.
______. Como engolir a pílula? In: MILLER, J.-A. (Org.) *Ornicar? De Jacques Lacan a Lewis Carroll*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
______. *A sociedade do sintoma:* a psicanálise, hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.
LAURENT, E. et al. *El significante de la transferência II*. Buenos Aires: Manantial, 1987.
______. A função do pequeno grupo na lógica da psicanálise. In: I CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE. *O lugar da psicanálise nas instituições.* Relatório das Escolas da Associação Mundial de Psicanálise. Barcelona, 1998.
LIMA, M. C. P. et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.4, p.717-23, ago. 2008.
LIMA, M. S. et al. Saúde e doença mental em Pelotas (RS): dados de um estudo populacional. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.26, n.5, p.225-35, 1999.
______. Epidemiologia do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.32, supl.1, p.15-20, 2005.
LOURAU, R. *Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes, 1975.
LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da Reforma Psiquiátrica. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.105-16, 2009.
MAGNO, M. D. *Ad Srores Quatuor:* os quatro discursos de Lacan. Rio de Janeiro: NovaMente, 2007.
MAIA, M. S. (Org.) *Por uma ética do cuidado*. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.
MANO, M. S. *A criança hiperativa, a família, o discurso científico e a psicanálise*. 2009. 89p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Assis, 2009.
MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.22, n.8, p.1639-48, ago. 2006.
MARI, J. J.; LEITÃO, R. J. A epidemilogia da esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.22, supl.I, p.15-7, maio 2000.
MARI, J. J. et al. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. *Psychological Medicine*, v.23, n.2, p.467-74, May 1993.

______. et al. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em adultos. In: MELLO, M. F. et al. (Org.) *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARX, K. *Formações econômicas pré-capitalistas*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

______. Manuscritos econômico-filosóficos [1844]. In: ______. *Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

______. *O Capital*. Livro 1, v.1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, s. d.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. São Paulo: Ciências Humanas, 1982.

MELMAN, C. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania:* uma outra forma de gozar. São Paulo: Escuta, 1992.

______. *O homem sem gravidade:* gozar a qualquer preço. Rio de Janeiro: Cia. das Letras, 2003.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec. 1999.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em Saúde. In: ______. *Saúde*: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) *Agir em saúde*: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILLER, D. As três transferências. In: MOTTA, M. B. (Org.) *Clínica lacaniana*: casos clínicos do campo freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

MILLER, J.-A. Modos de gozo. In: ______. *Silet*: os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

MILNER, J.-C. *A obra clara*: Lacan, a ciência, a filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

MINAYO, M. C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*, v.24, n.2, p.70-7, 1991.

MONDONI, D.; COSTA-ROSA, A. Reforma Psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.26, n.1, p.39-47, 2010.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 2007.

MORIN, E. A necessidade de um pensamento complexo. In: MENDES, C.; LARRETA, E. *Representação e complexidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

NICÁCIO, F. *O processo de transformação da Saúde Mental em Santos*: desconstrução de saberes, instituições e cultura. 1994. 192p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica. São Paulo, 1994.

NOTO, A. R. et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medication in two cities in the State of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, n.2, p.68-73, jun. 2002.

NUNES, E. D. Interdisciplinaridade: conjugar saberes. *Saúde em Debate*, v.26, n.62, p.249-58, set.-dez. 2002.

OLFSON, M. et al. National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA*, v.287, n.2, p.203-9, jan. 2002.

OLIVEIRA, G. L. et al. Saúde mental e a continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte (MG). *Saúde Pública*, v.42, n.4, p.707-16, ago. 2008.

OLIVEIRA, M. B. Desmercantilizar a tecnociência. In: SANTOS, B. S. *Conhecimento prudente para uma vida decente, "Um discurso sobre as ciências" revisitado*. São Paulo: Cortez, 2006.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v.16, n.1, jan.-abr. 2000.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.) *Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PITTA-HOISEL, A. M. *Sobre uma política de Saúde Mental*. 1984. 161p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1984..

PONTALLIS, J. B. *A psicanálise depois de Freud*. Petrópolis: Vozes, 1972.

PORGE, E. *Jacques Lacan, um psicanalista*: percurso de um ensino. Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

PORTELLI, H. *Gramsci e o bloco histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

PRATTA, N. *O grupo psicoterapêutico na abordagem lacaniana: um estudo a partir da análise de uma prática*. 2010. 103f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Assis, 2010.

PROTA, F. D. G. *O que pode a medicação no tratamento psicanalítico*. Sítio da Escola Brasileira de Psicanálise. Disponível em: <*http://ebp-sp.blogspot.com*>. Acesso em: 5 nov. 2010.

QUINET, A. *As 4 + 1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

______. (Org.) *Psiquiatria e psicanálise*: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

______. *Psicose e laço social*: esquizofrenia, paranoia e melancolia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

RABELO, I. V. M. et al. *Olhares:* experiências de CAPS. Goiânia: Kelps, 2009.

REY, F. G. *La investigación cualitativa em Psicologia:* rumbos y desafios. São Paulo: Educ, 1999.

ROCHA, E. C. Ética e assistência. In: FIGUEIREDO, A. C.; SILVA, J. F. (Org.) *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1996.

RODRIGUES A. M. C. et al. Análise e tratamento em estruturas discursivas (uma outra possibilidade clínica). *Estilos da Clínica: Revista sobre a Infância com Problemas*, São Paulo, v.III, n.3, p.30-42, 1997.

RODRIGUES, J. T. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudos*, Maringá, v.8, n.1, p.13-22, jan.-jun. 2003.

RODRIGUES, M. A. et al. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Saúde Pública*, v.40, n.1, p.107-14, fev. 2006.

ROSA, T. E. C.; COSTA-ROSA, A.; LAMB, I. G. M. Prescrição de psicofármacos e prevalência de transtornos mentais em uma região de saúde do estado de São Paulo: análise e reflexão sobre uma Prática. Assis: Unesp, 2010. (mimeo)

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.) *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROUDINESCO, E. *Por que a Psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, v.28, n.4, p.300-8, ago. 1994.

SANTIAGO, J. *A droga do toxicômano*: uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

SANTOS, B. S. *A crítica da Razão Indolente*. Contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

______. *Reinventar a Teoria Crítica e a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, M. A. Cem anos sem solidão: um século de psicoterapia de grupo (1905-2005). *Revista da SPAGESP*, São Paulo, 2005.

SARACENO, B. et al. *Manual de Saúde Mental*. São Paulo: Hucitec, 1997.

SCARCELLI, I. R. *O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em Saúde Mental:* a experiência do município de São Paulo (1989-1992). 1998. 149p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

SEBASTIÃO, E. C. O.; PELÁ, I. R. Consumo de psicotrópicos: análise das prescrições ambulatoriais como base para estudos de problemas relacionados com medicamentos. *Seguim Farmacoter*, v.2, n.4, p.250-8, out.-dez. 2004.

SOLER, C. Um mais de melancolia. In: ALMEIDA, P.; MOURA, J. M. (Org.) *A dor de existir.* Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1997.

______. *A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998.

TENORIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, n.17, 2000.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.11, n.4, p.1-8, 2003.

YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (Org.) *Saudeloucura 1*. São Paulo: Hucitec, 1989.

______. *A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico*. 1999. 248p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Assis, 1999.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, v.32, n.78/79/80, p.27-37, 2008.

ZIZEK, S. *Visão em paralaxe*. São Paulo: Boitempo, 2008.

______. *O amor impiedoso (ou: sobre a crença)*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

SOBRE O LIVRO

Formato: 16 x 23 cm
Mancha: 27,5 x 49,0 paicas
Tipologia: Horley Old Style 11/15
Papel: Off-set 75 g/m^2 (miolo)
Cartão Supremo 250 g/m^2 (capa)
1ª edição: 2013

EQUIPE DE REALIZAÇÃO

Coordenação Geral
Marcos Keith Takahashi

Ilustração de capa
Santiago Rosa, *Ravinas*, óleo s/ papel canson

Neste livro, composto por um conjunto de ensaios, Abílio da Costa-Rosa procura avançar no desenvolvimento dos diferentes aspectos do campo da Atenção Psicossocial e seus operadores conceituais. O argumento central gira em torno da definição do paradigma da Atenção Psicossocial. O termo "psicossocial" que designa o paradigma em princípio expressava apenas aspectos psíquicos e sociais secundários à prática psiquiátrica; porém, a partir do momento em que lhe são acrescentadas as contribuições dos movimentos de crítica mais radical à psiquiatria e a elaboração teórica das práticas dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (Caps e Naps), aspira ao estatuto de conceito, definindo um novo campo da práxis.

Os ensaios aqui apresentados, com as preocupações teóricas, técnicas e éticas que os atravessam, pretendem contribuir para melhorar a receptividade das demandas dos indivíduos que procuram as instituições substitutivas do manicômio e do hospital psiquiátrico e espera poder servir como um recurso a mais de que se possa lançar mão para melhor configurar as práticas do paradigma psicossocial e para aumentar as possibilidades reais de substituir radicalmente as práticas e as instituições do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador em cada território municipal.

Abílio da Costa-Rosa é professor livre-docente em Psicologia Clínica na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp), *campus* de Assis. Possui doutorado em Psicologia Clínica (1995), mestrado em Psicologia Social (1987), graduação em Psicologia (1979) e Filosofia (1994), todos pela Universidade de São Paulo. (USP). Trabalha como psicanalista, analista institucional e assessor clínico-programático em várias instituições publicas. Na universidade atua como docente da graduação e pós-graduação em três linhas de pesquisa: Subjetividade e Saúde Coletiva; Atenção Psicossocial; Psicanálise, subjetividade e Saúde Mental Coletiva.